

DR. Houda BOUANANE

Médecine Générale

Diplômée de la faculté de
Médecine de Casablanca

Tél : 05 22 51 59 13



الدكتورة هدى بوعنان
الطب العام

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

الهاتف : 05 22 51 59 13

Deroua le, 04/10/2021

Mme ZANARY Amina

44,50

LOREUS 5mg B/15
1cp/J le soir

58,40

SOLUPRED 20
3 cp / j, ap pet dej, pd 5 js

55,00

BIOMYLASE
1 cp X3 / j, ap

15,80

DOLIPRANE 1000 MG
1 cp sécable 3 / j, ap

20,20

OTIPAX
3 gttes 3 / j

17,20

EPHEDRYL cp
1cp X2/J

208,40

LA PHARMACIE REGIONALE
Dr. Saad BERRICHID
Imm. 94, Lot N° 2 N 228 APP N° 1
Tél: 05 22 51 59 13

LA PHARMACIE REGIONALE
Dr. Saad BERRICHID
Imm. 94, Lot N° 2 N 228 APP N° 1
Tél: 05 22 51 59 13

تجزئة مخلوف 2 الرقم 228 الشقة 1 الدروة - برشيد

Lot Maklouf 2 N° 228 Appartement 1 Deroua - Berrchid

E-mail: cabinetdrbouanane@gmail.com

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Prescriptions :

- Les ordonnances des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Biologie :

- Si qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Le pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Adresse e-mail : contact@mupras.com
 Adresse e-mail : pec@mupras.com
 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.



Déclaration de Maladie

N° W21-621888

96390

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 10135

Matricule : 10135 Société : RAT

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Zannary Amin

Date de naissance : 14/11/75

Adresse : _____

Tél. : 0606621272 Total des frais engagés : 220,1

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/10/2021

Nom et prénom du malade : Mr ZANNARY Amin Age : _____

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Rhinite allergique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : _____

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 04/10/21

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
04/10/2022	Docteur Houda Bouahane	226 app N 1	208,10	INP : 001135012
	Lot Makhloul 2 - 226 app N 1			
	Deroua - Berrechid			
	Tél : 0522 51 59 13			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LA PHARMACIE REGIONALE Dr. Saad BEN LOUI Imm. 94, Lot N° 1 - DEROUA Tél: 05 22 51 47 97	04/10/21	208,10
INPE : 06 20 74 810		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

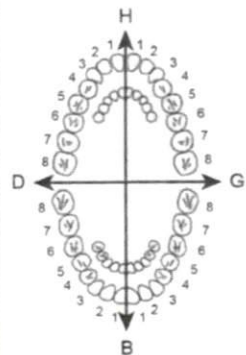
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traite

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

(Création, remont, adjonction)

Pratiqué et Thérapeutique, nécessaire à la profession

D

Lot. 3568
Per.: 01 2024
BIOCODEX MAROC PPV 20.20 DH

OTIPAX®
Phénacétamol

VISA

VISA ET CACHET D

LOREUS® 5mg

PPV: 41DH50
PER: 10/22
LOT: J2861-2



LOT: J2861-2
PER: 10/22
5840
Solupred® 20mg

55,00

BiOMYLASE®
3000 U.CEIP

Doliprane®
PARACETAMOL
1000 mg
Adukte

DATE
L'EXE

EPHEDRYL®
Boîte de 20 comprimés
P.P.V.: 17 20 DH
6 118000 190424