

# 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.

## Pharmacie :

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

## Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi 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.
- Un 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1538

Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : DEROUICH Atika

Date de naissance : 1955

Adresse :

Tél. : 06.00.02.24.26

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/05/2012

Nom et prénom du malade : DEROUICH Atika Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

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 déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :

#### **RELEVE 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
23/05/2022	Docteur Henda Medecine Générale	160,00	Docteur Henda Medecine Générale	Docteur Henda Medecine Générale
	Lot Makhlouf 2 N° 20 app 13		Lot Makhlouf 2 N° 20 app 13	Lot Makhlouf 2 N° 20 app 13
	Docteur Berrechid Tel : 0522 51 59 13		Docteur Berrechid Tel : 0522 51 59 13	Docteur Berrechid Tel : 0522 51 59 13

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MAISON RYACHI EP 2022 N° 14 N° 68 19 33 22 05 09 2089903	23.05.22	1574,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

**Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.**

### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412   21433552 00000000   00000000 D —————— G 00000000   00000000 35533411   11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

**DR. Houda BOUANANE**  
**Médecine Générale**

Diplômée de la faculté de  
 Médecine de Casablanca  
 Tél : 05 22 51 59 13



**الدكتورة هدى بو عنان**  
**الطـبـ العـامـ**

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
 الهاتف: 05 22 51 59 13



Deroua le, 23/05/2022

Mme DEROUICH Atika

~~240,00~~ SEROPLEX 10 mg  
 1cp X2/J (pendant 03 mois)

~~370~~ ALPRAZ 0.5  
 1/4 cp / j, le soir au coucher (pendant 03 mois)

~~19,40~~ ANTIBIO-SYNALAR  
 2 gtt X2/J

~~79,00~~ AURICULARUM  
 2 gttes X2 / j

~~1574,10~~

*Docteur Houda Bouanane*  
 Médecine Générale  
 Lot Maklouf 2 N° 228 appart N 1  
 Deroua - Berrchid  
 Tél : 0522515913

Maphar  
 Bd Alkimiia N° 6, QI,  
 Sidi Bernoussi, Casablanca  
 Seroplex 10mg cp sec b28  
 P.P.V : 240,00 DH  
 6 118001 184989

LOT 220113  
 EXP 01 2024  
 PPV 79.00 DH

Maphar  
 Bd Alkimiia N° 6, QI,  
 Sidi Bernoussi, Casablanca  
 Seroplex 10mg cp sec b28  
 P.P.V : 240,00 DH  
 6 118001 184989

Maphar  
 Bd Alkimiia N° 6, QI,  
 Sidi Bernoussi, Casablanca  
 Seroplex 10mg cp sec b28  
 P.P.V : 240,00 DH  
 6 118001 184989

Maphar  
 Bd Alkimiia N° 6, QI,  
 Sidi Bernoussi, Casablanca  
 Seroplex 10mg cp sec b28  
 P.P.V : 240,00 DH  
 6 118001 184989

Maphar  
 Bd Alkimiia N° 6, QI,  
 Sidi Bernoussi, Casablanca  
 Seroplex 10mg cp sec b28  
 P.P.V : 240,00 DH  
 6 118001 184989

تجزئة مخلوف 2 رقم 228 الشقة 1 الدروة - برشيد

Lot Maklouf 2 N° 228 Appartement 1 Deroua - Berrchid

E-mail: cabinetdrbouanane@gmail.com

35,80

PPV 35.70