

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : 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.

M22- 0029343

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4290

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HAMDAOUI qed

Date de naissance : 01/06/1948

Adresse : HAY Mounen N° 227 Mohamedia
mohamedia

Tél. : 0766041726 Total des frais engagés : 546,50 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/02/2014

Nom et prénom du malade : Hocine CHAMYI Mme Age: 73 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

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 : 05/02/2014 Le : 05/02/2014

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachez et signez le Reçu
05/02/2024	Docteur Houda Bouanane Medecine Generale app N 228	100	160,00	Docteur Houda Bouanane Medecine Generale app N 228
13/02/2024	Docteur Houda Bouanane Medecine Generale app N 228	100	160,00	Docteur Houda Bouanane Medecine Generale app N 228

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMONIE PHARMACIE DR FAID YOUSSEF LUT DEROUA N 552 DEROUA TEL: 06 22 51 49 56 INPE : 062103445	05/10/21 24	386,50

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		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.																									
	Dents Traitées		Nature des Soins																						
CŒFFICIENT DES TRAVAUX																									
	MONTANTS DES SOINS																								
DEBUT D'EXECUTION																									
FIN D'EXECUTION																									
	ODF PROTHÉSES DENTAIRES																								
	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="0"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>					H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D		G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		B	
	H		G																						
	25533412	21433552	00000000	00000000																					
	D		G																						
	00000000	00000000	35533411	11433553																					
	B		B																						
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																								
CŒFFICIENT DES TRAVAUX																									
MONTANTS DES SOINS																									
DATE DU DEVIS																									
DATE DE L'EXECUTION																									

DR. Houda BOUANANE
Médecine Générale

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



الدكتورة هدى بو عنان
الطب العام

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

Deroua le, 05/02/2024

Mme CHAJI Mina

152,00

ARIXIB 90 mg

1cp/J APres repas

18,5

94,00

MYDOFLEX 150mg

1cpX3/J

18,5

118,50

IXOR 20mg B/28

1 comprimé, matin et soir, avant repas

18,5

221,00

CEDOL

1 cp X3 / j. ab

18,5

PHARMACIE CISSAMA AICHA
LOT DR. Faizi Youness
TEL: 05 22 51 49 56
INPE : 062103445

Docteur Houda Bouanane
Médecine Générale
Lot Makhlouf 2 N 228 app N 1
Deroua - Berrechid
Tél : 0522 51 59 13

PHARMACIE CISSAMA AICHA
LOT DR. Faizi Youness
TEL: 05 22 51 49 56
INPE : 062103445

تجزئة مخلف 2 الرقم 228 الشقة 1 الدروة - برشيد

Lot Makhlouf 2 N° 228 Appartement 1 Deroua - Berrchid

E-mail: cabinetdrbouanane@gmail.com

LOT : 231507
EXP : 10/2026
PPV : 152,00DH

GTIN: 06118001260850
LOT: 4146
MFG: 03 2023
EXP.: 03 2026
PPV: 940hs00



IXOR® 20 mg 28 comprimés effervescents

PPV 118DH50 EXP 06/2025
LOT 35026 5

22,00

