

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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- 0029342

Optique

196071  
 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4290

Société : R.A.M.  
Retraité

Actif  Pensionné(e)

Nom & Prénom :

HAMDAAUI HADDOUCHE

Date de naissance : 01/06/1948

Adresse : Hay Moumen n° 127 Mohamedia  
mohamedia

Tél. : 0766041726 Total des frais engagés : 407,10 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Houda Bouanane  
Médecine Générale  
Lot Makhlouf 2 N 228 app N°1  
Deroua Berrechid  
0522 51 53 15

Date de consultation : 05/02/2014

Nom et prénom du malade : HAMDAAUI Mohamed Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Asthme + Influenza

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

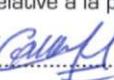
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

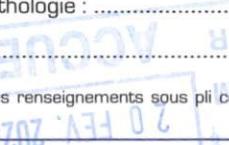
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : DEROUA

Le : 05/02/2014

Signature de l'adhérent(e) : 



# RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

|                 |                   |                       |                                 |                                                                                              |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dates des Actes | Nature des Actes  | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attesté par le Pharmacien                                     |
| 05/02/2024      | Actes de Dentiste | Barrechid             | 150,00 DH                       | Médecine Générale<br>Lot Makhlouf N 228 app 13<br>Derouia - Berrechid<br>Tel : 0522 51 53 13 |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                              |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                              |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                              |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

|                                                                                                       |          |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                                                | Date     | Montant de la Facture |
| <i>HARMONIE DR. Fakhtouness OUA<br/>LOT 001 N 622 DEP<br/>TEL: 05 22 51 49 56<br/>INPE: 062103445</i> | 05/02/24 | 257,10 DH             |
|                                                                                                       |          |                       |
|                                                                                                       |          |                       |
|                                                                                                       |          |                       |

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

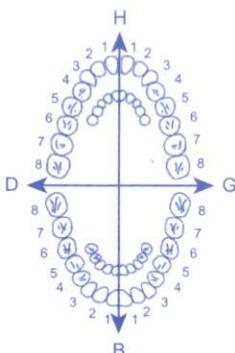
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I 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 | CÉEFFICIENT DES TRAVAUX |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|  |                |                  |             |                         |
|                                                                                     |                |                  |             |                         |
|                                                                                     |                |                  |             |                         |
|                                                                                     |                |                  |             |                         |
|                                                                                     |                |                  |             |                         |
|                                                                                     |                |                  |             |                         |
|                                                                                     |                |                  |             |                         |
|                                                                                     |                |                  |             |                         |
|                                                                                     |                |                  |             |                         |
|                                                                                     |                |                  |             |                         |
| DEBUT D'EXECUTION                                                                   |                |                  |             |                         |
| FIN D'EXECUTION                                                                     |                |                  |             |                         |
| CÉEFFICIENT DES TRAVAUX                                                             |                |                  |             |                         |
| 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'EXECUTION                                   |                |                  |             |                         |

**ODF PROTHÉSES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU CÉEFFICIENT MASTICATOIRE**

|          |                   |
|----------|-------------------|
| H        | 21433552          |
| 00000000 | 00000000          |
| D        | 00000000          |
| 00000000 | 00000000          |
| B        | 35533411 11433553 |
| G        |                   |

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**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  
 05 22 51 59 13 :  
 الهاتف

Deroua le, 05/02/2024

Mr HAMDAoui Mohamed

571,10 ERÉXIN 10

1 sach / j, mil dej

571,10 MANEF B/30

1 cp / j, le matin

341,00 OS MOSINE

1 casX 3 / j, ap rep, jusqu' à transit normal  
 puis passer à 1 càs / j, le soir

109,10 FLEXANAT SPRAY

PHARMACIE OUSSAMA AICHA  
 DR. Faouzi Youness  
 LOT DEROUA N° 662 DEROUA  
 TEL: 05 22 51 49 56  
 INPE: 062103445



1. 257,10

Docteur Houda Bouanane  
 Médecine Générale  
 Lot Makhlouf 2 N° 228 app N° 1  
 Deroua - Berrchid  
 Tel: 0522 51 59 13

PHARMACIE OUSSAMA AICHA  
 DR. Faouzi Youness  
 LOT DEROUA N° 662 DEROUA  
 TEL: 05 22 51 49 56  
 INPE: 062103445

جزئـة مـلـفـ 2 الرـقـمـ 228 الشـقـةـ 1 الدـرـوـةـ - بـرـشـيدـ  
 Lot Makhlouf 2 N° 228 Appartement 1 Deroua - Berrchid  
 E-mail: cabinetdrbouanane@gmail.com

PPV  
34DH00



LOT 22009  
PER NOV 25  
Prix 570 H 10

