

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



**Déclaration de Maladie**  
N° P19-0036957

10A909  
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

## 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.

## Biologie 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.

## Educational :

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

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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

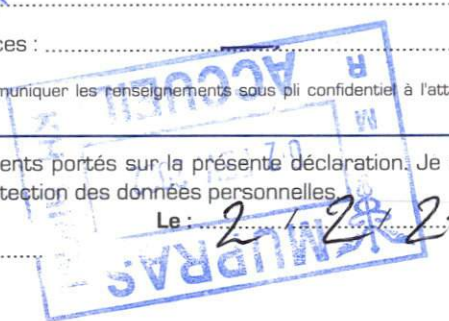
Matricule : 10575 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BOUGRIN-LAINE  
Date de naissance : 17/02/1967  
Adresse : LOT EL WAFI n° 33 DEROUA  
Tél. : 06 627 46069 Total des frais engagés : Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation : 10 Janv 2022  
Nom et prénom du malade : BOUGRINE HIND Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Bronchite  
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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 21/02/22





# 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
10 Janv 2022	2	-	1150,00	Dr. Sanda M. HARTZ Médecin Généraliste N° 51 46 49 05 22 53 20 54
11.7 JAN 2022	Catèle	-	G	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL OUMOU 244 lotissement el wafaa Djeroua Tél : 05.22.53.20.54	10-1-22	286,30
Pharmacie EL OUMOU 244 lotissement el wafaa Djeroua Tél : 05.22.53.20.54	17-1-22	235,90

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

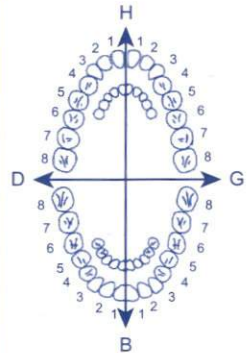
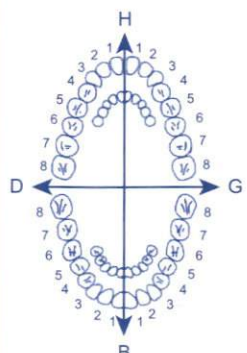
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	(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'EXECUTION



**Dr. Sanaa MHARZI**



**الدكتورة سناء امحرزي**

Médecine Générale  
Diplômée de la Faculté  
de Médecine et de Pharmacie  
de Casablanca.  
Diplôme Universitaire en Diabétologie  
Diplôme Universitaire de Nutrition  
et Thérapeutiques Métaboliques  
Suivi de Grossesse  
**ECHOGRAPHIE**

**الطب العام**

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء  
دبلوم جامعي في أمراض السكري  
دبلوم جامعي في التغذية و أمراض الأيض  
متابعة الحمل  
**الفحص بالصدى**

Date : 11 0 JAN 2022

M<sup>lle</sup> BAUGRINE HIND

19 Langen 30.

91.00

37 1/2 1500 1/2 1500

37 1/2 1500 1/2 1500

69.00 1/2 1500 1/2 1500

121.90 1/2 1500 1/2 1500

286.30

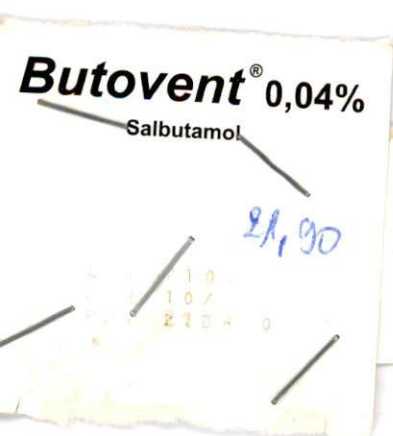
عمارة B9 الشقة رقم 2 جنان الدروة دار السعادة الدروة.

Imm B 9 Appt N°2 Jnane Deroua Dar Saada Deroua.

Tél. : 05 22 51 46 49



RDU de 171071622  
515230



Lot: LOT : 210725  
EXP : 04/2026  
PPV: PPV : 95,00DH  
Exp:



**Dr. Sanaa MHARZI**



Médecine Générale  
Diplômée de la Faculté  
de Médecine et de Pharmacie  
de Casablanca  
Diplôme Universitaire en Diabétologie  
Diplôme Universitaire de Nutrition  
et Thérapeutiques Métaboliques  
Suivi de Grossesse  
**ECHOGRAPHIE**

**الدكتورة سناء امحرزي**

**الطب العام**

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

دبلوم جامعي في أمراض السكري

دبلوم جامعي في التغذية و أمراض الأيض

متابعة الحمل

**الفحص بالصدى**

Date: 17 JAN 2022

M<sup>re</sup> BOUGRINE HIND

19 Rhinathiol 800g

100s x 35

20 SAFLU 250

1 buffe

20,90

S.V

Vitamine D3 Bon

15

Inse unip

235,90

عمارة B9 الشقة رقم 2 جنان الدروة دار السعادة الدروة  
Imm B 9 Appt N°2 Jnane Deroua Dar Sanaa Deroua.  
Tél. : 05 22 51 46 49



LOT: GB11158  
PER: 08/2023  
PPV: 185 DH 00

Cif  
Etiqu

LOT : 20E012  
PER : 10 2023  
RHINATHIOL 5% AD  
SIROP FL 125 ML  
P.P.V : 30DH00

Lot II - Lot II - II 153

ZENITH Pharma

AMM N° 17116 CMP21/NNPR



6 118001 272228

PPV : 20,90 DH