

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 canaux, 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 canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

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.

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



Déclaration de Maladie

W21-847455

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11694 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HACHIMI KHALID
Date de naissance : 17/02/1970
Adresse : 32 RUE SOUS, QUARTIER CURA
CASABLANCA
Tél : 06 72 96 32 56 Total des frais engagés : 441,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. BOUQRINAT Sara
Médecin Généraliste
3, Imm. 37, RDC, Lot. Maïwa 7
AIN ATTIG

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/04/2024
Nom et prénom du malade : HACHIMI LO TAÏNLATIFA Age : 3 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Angines
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

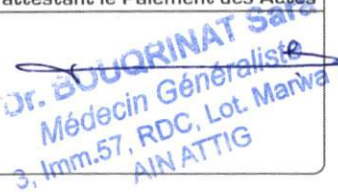
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

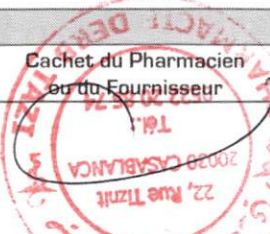
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : AIN ATTIG Le : 17/04/2024
Signature de l'adhérent(e) :

PR44F05/V2/20-10-2023

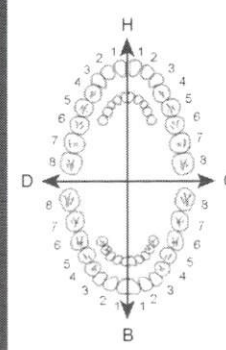
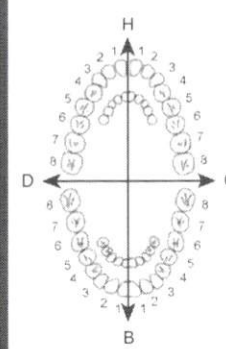
Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
17/04 2024			150,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	
	17.04.24	291,50	

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 de l'ODF.						
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
						
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> 00000000 35533411 B </div> <div> 00000000 11433553 B </div> </div>					
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montant des Honoraires		
					COEFFICIENT 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	

Dr. BOUQRINAT Sara

Médecin Généraliste

- Diplômée de la faculté de médecine de Rabat
- Diplômée de l'Université de Bordeaux en Gynécologie, infertilité et suivi de grossesse
- Échographie générale
- Ecg



د. سارة بوقرينة

طبيبة عامة

- خريجة كلية الطب بالرباط
- خريجة جامعة بوردو في امراض النساء و التوليد و العقم
- الفحص بالصدى
- تخطيط القلب

Ordonnance

Enfant EL HACHIMI Lojain LATifa

le 17/04/2024

LOT: 24CA0029
EXP: FEV 2026
P.P.C: 68:00DHS

1- Apimax kids :

1cac x3/j pdt 07jours

2- Rhinolaya kids :

1pulv x4/j pdt 07jours

3- Ultralevure:

1sachet x2/j pdt 07jours

4- Cetamyl :

1dose (15) X3/j si fièvre

* 5- Ofiken 100 :

1dose (15) x2/j pdt 08jours

LOT: 30596
PER: 08/2026
PPC: 83,50DH

EXP: صالح لغاية:

04/26

ULTRA-LEVURE® 250 mg

Boîte de 10 sachets

PPV 35,60 DH

CETAMYL®

PARACETAMOL

Sirop pédiatrique 3%

Pacon de 90 ml

PPV : 17,10 DH

87,30

Dr. BOUQRINAT
Médecin Généraliste
3, Imm.57, RDC Lot. Marwa 7
AIN ATTIG

Adresse : 3 RDC, Imm 57, Résidence Marwa 7, Ain Atiq إقامة مروى 7، عين عتيق 3 الطابق الأرضي، العمارة 57، إقامة مروى 7، عين عتيق



05 37 64 13 32



cabinet.dr.bouqrinat@gmail.com