

# 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.



## Déclaration de Maladie

M23-004493

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

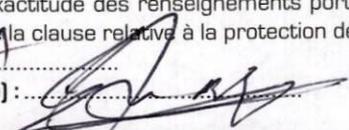
Matricule : 134 Société : RAM  
 Actif       Pensionné(e)       Autre :  
Nom & Prénom : LAMRANI OMAR  
Date de naissance : 16-07-51 160451  
Adresse : Habib Kelle  
Tél. : 0661.86727 Total des frais engagés : 814,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation : ...../...../.....  
Nom et prénom du malade : ..... Age: .....  
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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 : Casa      Le : 11/05/23  
Signature de l'adhérent(e) : 

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)

### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/12/23	814,90

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

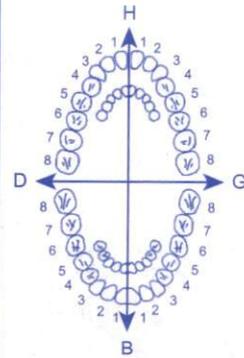
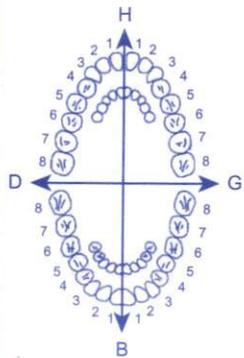
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
	<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>			<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
D																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Tél : 0522248054

11/05/2023

LAMRANI OMAR

**FACTURE N° : 15110 du 11/05/2023**

Qté	Designation	Prix PPV	Montant	TVA
3	TANZAAR 100 MG 28 CPS	138,10	414,30	0%
1	ALDACTONE A FORTE 50 MG	56,80	56,80	0%
3	CARDIO ASPIRINE 100 MG BT 30	27,70	83,10	0%
1	CARDENSIEL 2.5 CPMES	50,70	50,70	0%
3	CIVASTINE 10 MG X 28CPMES	70,00	210,00	0%
<b>Total TTC</b>			<b>814,90</b>	

LOT 224516  
 EXP 10/25  
 PPV 138,10  
 138,10

**ALDACTONE 50<sup>mg</sup>**  
 P.P.V: 56,80 DH  
  
 6 118001 170029

Arrêtée la présente Facture à la somme de :  
 HUIT CENT QUATORZE DIRHAMS ET QUATRE-VINGT DIX CTS

LOT 224514  
 EXP 10/25  
 PPV 138,10  
 138,10

	TAUX	HT	TVA	TTC
0%Ar92	0,00	814,90	0,00	814,90
		814,90	0,00	814,90

6 118001 100859  
**Cardensiel<sup>®</sup> 2,5 mg**  
 Comprimés pelliculés sécables B/30  
 PPV: 50,70 DHS

**PHARMACIE AL MASSIRA**  
 51 Rue Rahal Ben Ahmed  
 Dr. M. Ben Moussa L. Ouafae  
 Tel : 05 22 24 80 54  
 Fax : 05 22 24 85 44

138,10  
 LOT 224514  
 EXP 10/25  
 PPV 138,10

28 قرصا مغلفا

عن طريق الفم

بوتي

ممر الكازباريناس - عين السبع - الدار البيضاء

س. البيرثي - صباي مسؤل

b



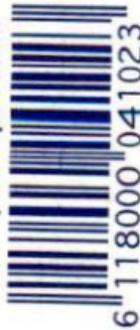
احترموا الجرعات المحددة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

CIVASTINE 10 mg

Simvastatine

28 Comprimés pelliculés



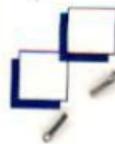
6 118000 041023

AMM N° 270/12 DMP/21/NRQ

CIVASTINE

Simvastatine

10 mg



28 comprimés  
pelliculés

b

battu S.a.

22, Allée des Casuarinas - Ain Sebba - Casablanca

S. Blachouchi - Pharmacien Responsable

Voie Orale

PPV: 70DH00

PER: 08/24

LOT: L2801

28 قرصا مغلفا

عن طريق الفم

بوتي

ممر الكازباريناس - عين السبع - الدار البيضاء

س. البيرثي - صباي مسؤؤل

b



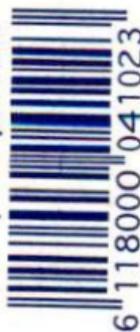
احترموا الجرعات المحددة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

CIVASTINE 10 mg

Simvastatine

28 Comprimés pelliculés



AMM N° 270/12 DMP/21/NRQ

CIVASTINE

Simvastatine

10 mg



28 comprimés  
pelliculés

b

battu S.a.

2L Allée des Casuarinas - Ain Sebba - Casablanca  
S. Blachouchi - Pharmacie Responsable

Voie Orale

PPV: 70DH00

PER: 08/24

LOT: L2801

28 قرصا مغلفا

عن طريق الفم

بوتي

مركز الكايناريات - عين السبع - الدار البيضاء

س. البيرثي - صباي مسؤل

b



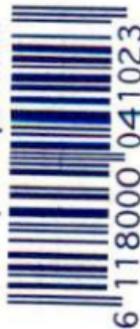
احترموا الجرعات المحددة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

CIVASTINE 10 mg

Simvastatine

28 Comprimés pelliculés



AMM N° 270/12 DMP/21/NRQ

CIVASTINE

Simvastatine

10 mg



28 comprimés  
pelliculés

b

battu S.a.

22, Allée des Casuarinas - Ain Sebba - Casablanca  
S. Blachouchi - Pharmacie Responsable

Voie Orale

PPV: 70DH00

PER: 08/24

LOT: L2801

كارديو أسبرين 100 مي

حمض أسيتيل ساليسيليك

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

O

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة

EXP

04/2025

BT13EA2

04 2020

®

MFD

BAYER

كارديو أسبرين 100 مي

حمض أسيتيل ساليسيليك

Cardioaspirin 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

O

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة

EXP

04/2025

BT13EA2

04 2020

®

MFD

BAYER

كارديو أسبرين 100 مي

حمض أسيتيل ساليسيليك

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

O

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة

EXP

04/2025

BT13EA2

04 2020

®

MFD

BAYER

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

**Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit**

Nom et prénom :

Matricule :

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée :

< 3 mois

Entre 3 et 6 mois

A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

voir ordonnance

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

Casablanca le 02/02/2023

Cachet et signature du médecin traitant :

*Dr. Saad Boucraja*  
Professeur de Cardiologie  
356, RUE MOSTAFA EL MARI  
CASABLANCA

\* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées