

# 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 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 tous les 6 mois.



## Déclaration de Maladie

M22- 0023134

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8242 Société : RAM 200951  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : M. GUAICHAT MOHAMED  
Date de naissance : 10-08-1965  
Adresse : CITE IRAKIA, N°09 BERRACHID  
Tél. : 0674007911 Total des frais engagés : 596,60 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.

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 : BERRACHID Le : 27/03/2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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



### 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

27.03.24

126,60

27.03.24

399,00

### 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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé  
des Honoraires

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

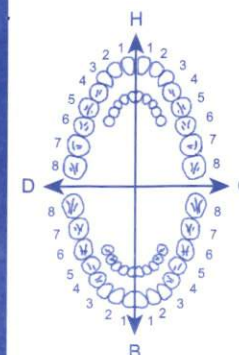
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

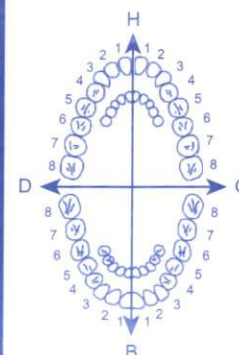
H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION



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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS**

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

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

Nom et prénom : **Mr. GURICHAT MOHAMED**

Matricule :

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : **Dr. TALIBI HASSAN** Spécialité : **DIABETOLOGUE**

N° ICE : **00187562500078** N° INPE : **091164335**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **Mr. GURICHAT MOHAMED**

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 :

**GA : 2,09. + HTA } 184/105**  
**HBA1C : 10,6.**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

**+ GLUCOVANCE 500 g / 2,5 g**  
**+ TRITAFIDE 10/25 g**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **BERRECH** le **178 JAN 2024**

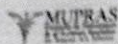
Cachet et signature du médecin traitant :



\*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





DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :  
VALABLE UN AN

Code: PR2FR04

Version: 02

Date: 05-05-2023

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

Nom et prénom :

N° CIN :

Matricule :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Dr. TALIB

Spécialité : DIABETOLOGIE

N° ICE : 00183562 5000079

N° INPE : 09264335

Certifie que Mlle, Mme, M. : GUICHAT Mohamed

Nécessitant un traitement d'une durée : ☒ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☒ > 6 mois

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

HbA1c : 10,6 Gm : 2,05

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

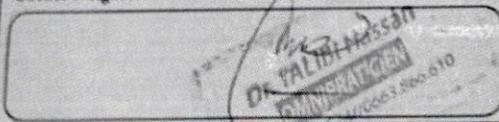
GALVUS MET 50180 - (1 - 0 - 1)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

le 27 FEB 2024

Cachet et signature du médecin traitant :



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

Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Moha  
Tél. : 0522-20-45-45 / 0522-22-78-15 - Fax : 0522-22-78-18 - Site web : www.mupras



6 118001 031092  
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390.00 DH

PHARMACIE EL IRAKI  
EL IRAKI YOUSSEF  
267.RUE DAKHLA HAY AL MOUNA

Tél: 022328345

Patente N° 40713035  
N°R.C. : 5074  
Compte :  
CNSS : 7402332  
Id.Fiscale : 92964000  
ICE : 001589793000029

Le : 27/03/2024

MR. GURICHAT MOHAMED

FACTURE : 408902 du : 27/03/2024

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
2	TRITAZIDE 10 MG/25 MG / 28 CP	63,30	126,60	7,00%
Total TTC			126.60	

Arrêtée la présente facture à la somme de :CENT VINGT SIX DIRHAMS ET SOIXANTE CTS

	Taux	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	118,32	8,28	126,60
		118,32	8,28	126,60

صيدلية العراق  
Pharmacie EL IRAKI  
Dr. Youssef EL IRAKI  
267, Rue DAKHLA HAY AL MOUNA  
TEL : 0522.32.83.45

PHARMACIE EL IRAKI  
EL IRAKI YOUSSEF  
267.RUE DAKHLA HAY AL MOUNA

Tél: 022328345

Patente N° 40713035  
N°R.C. : 5074  
Compte :  
CNSS : 7402332  
Id.Fiscale : 92964000  
ICE : 001589793000029

Le : 27/03/2024

MR. GURICHAT MOHAMED

FACTURE : 408901 du : 27/03/2024

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	GALVUS 50 / 1000 MG B 60 CPS	390,00	390,00	7,00%
Total TTC			390.00	

Arrêtée la présente facture à la somme de :TROIS CENT QUATRE-VINGT DIX DIRHAMS

	Taux	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	364,49	25,51	390,00
		364,49	25,51	390,00

267 Rue DAKHLA HAY AL MOUNA  
TEL: 0522.32.83.45  
EL IRAKI YOUSSEF  
GURICHAT MOHAMED



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
02/01/2024	Cm	1	147,30	Dr. TALIBI HASSAN 0663.866.610

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18.01.24	147,30

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	

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



Dr. TALIBI HASSAN  
Médecin Généraliste



الدكتور الطالبي حسن

الطب العام

- Dipôme Universitaire en Rhumatologie (Bordeaux - France)
- Dipôme Universitaire en Pathologies Rachidiennes (Bordeaux - France)
- Dipôme Universitaire en Dermatologie Interventionnelle (Rabat)
- Dipôme Universitaire en Diabétologie (Bordeaux - France)
- Dipôme Universitaire en Santé Mentale (UM6SS - CASA)
- Dipôme Universitaire en Gériatrie (Bordeaux - France)
- Dipôme Universitaire en Médecine de SPORT (Bordeaux - France)
- Dipôme Universitaire en Lasers Médicaux A visée Esthétique (Paris - France)

راض العظام و المفاصل ( بور دو - فرنسا )  
راض العيون ( بور دو - فرنسا )  
راحة الجلدية ( الرباط )  
ض السكري ( بور دو - فرنسا )  
ية ( جامعة محمد السادس لعلوم الصحة - ادار البيضاء )  
ب الشخصاين ( بور دو - فرنسا )  
لب الرياضي ( بور دو - فرنسا )  
ار الطبي ( باريس - فرنسا )

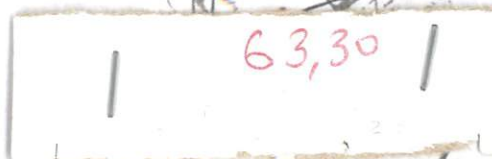
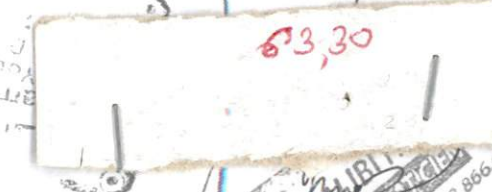
17/01/2024

MR GURICHAT MOHAMED

42,00 x 2

63,30

Glucovance 500 mg/2,5mg - comprimé pelliculé  
1 Comprimé, matin et soir après repas x 3 mois  
Tritazide 10 mg / 25 mg - comprimé sécable  
1 comprimé le matin à jeun x 3 mois  
TOTAL: 147,30



Glucovance 500 mg/ 2,5 mg  
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 42.00 DH

Glucovance 500 mg/ 2,5 mg  
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 42.00 DH

د. عهارة الحاج أحمد برشيد. الهدخل A الطابق الأول، شقة 1، برشيد  
0633 275 252

