

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.

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

N° W21-792935

184106

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7462 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DAUD NABIL

Date de naissance : 11 08 1963

Adresse : 31 Avenue Hassan Ioukain Casablanca

Tél. : 0661 31 66 64 Total des frais engagés : 134,68 Euros 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 :

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 : Casablanca

Le : 05/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CENTRALE ORLY 35 Avenue de L'Aérodrome 94310 Orly Tél : 01 48 53 42 91 ID 942017005	10/10/23	134,68€

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

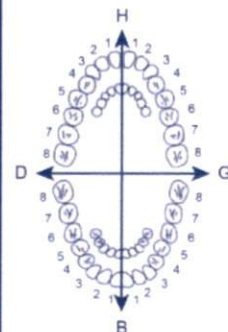
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

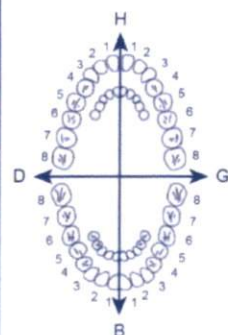
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

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

Ordonnance bizonne

n° 14465*01

Articles L.322-3, 3° et 4°, L. 324-1 et R. 161-45 du Code de la sécurité sociale

Identification du prescripteur <small>(nom, prénom et identifiant)</small> <p>MANVEER SINGH</p>		Identification de la structure <small>(raison sociale du cabinet, de l'établissement et N°AM, FINESS ou SIRET)</small> <p>GH COCHIN</p>	
N° RPPS <p>CCH CARDIOLOGIE</p>	N° FINESS <p>750100166</p>	Identification du patient <small>(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)) (à compléter par le prescripteur)</small> <p>DAQUD Nabil</p>	
N° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e))		Ordonnance du 21/06/2023 à 18:11 <p>Né le 11/08/1963 Agé de 59 ans Poids : 68 kg, Taille : 170 cm</p>	

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste) (AFFECTION EXONERANTE)

KARDEGIC 75mg un sachet le matin
 CLOPIDOGREL 75mg un comprimé le matin
 PANTOPRAZOLE 20mg un comprimé le soir

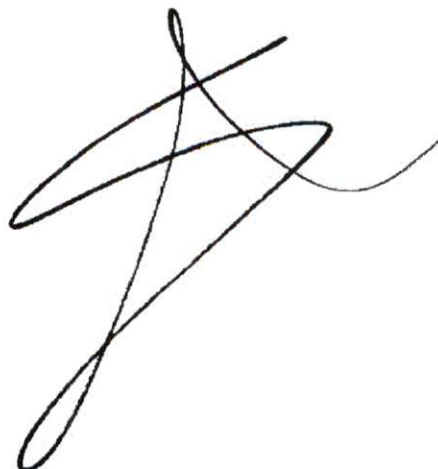
BISOPROLOL 3.75 mg un comprimé le matin
 LIPTRUZET 10/80mg un comprimé le soir

QSP 6 mois, a renouveler

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée (MALADIES INTERCURRENTES)

Génériques souhaités (sauf mention contraire)
 Fin de prescription

Ordonnance validée électroniquement par MANVEER SINGH



Bisoprolol

3,75 mg

Hémifumarate de bisoprolol
Voie orale

30 comprimés pelliculés

PC 03400930183960
SN 26VXM11MHF
Lot 8154250
EXP 12/2024



PHARMACIE CENTRALE D'ORLY
35 AVENUE DE L'AERODROME
94310 ORLY
942017005
Tel : 0148534291
INSEE :
15 rue Louis Bonin

Fact. Num. : 669182
Date Fact. : 10/10/2023
Date Ord. : 21/04/2023
Medecin: INTERBE Interne
Code Op: 12
Malade: DAOUD Nabil
94310 ORLY VILLE

QTE	DESIGNATION	CTP	Prix/U	BaseSS	HD	TMS
3	KARDEGIC 75 MG G	3400934744198	1,42	-	1,02	0
	ACHETS 30				Lot: GM2348	
3	CLOPIDOGREL 75MG	3400930238516	7,75	-	1,02	0
	VIATRIS CPR 30x1				Ordo: 1018533Lot: 1301011	
1	PANTOPRAZOLE 20H	3400927800542	4,10	-	1,02	0
	G VIATRIS CPR 28				Ordo: 1018534Lot: 8156502	
1	LIPTRUZET 10mg/8	3400928005847	72,73	-	2,76	0
	0mg Cpr pell Flg				Ordo: 1018535Lot: XD17068	
3	BISOPROLOL 3,75H	3400930183960	4,13	-	1,02	0
	G VTS CPR SEC 30				Dus: 2 Ordo: 1018536Lot: 8151060	
1	Honor. dispens.		0,31	-		0
	HC					
1	Honor. dispens.		0,51	-		0
	HDR					
1	Honor. dispens.		3,57	-		0
	HDE					

MONTANT TOTAL : 134,68
MONTANT AMO : 0,00
MONTANT ASSURE : 134,68
MONTANT ANC : 0,00
Ces montants s'entendent avant application de la franchise prévue à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale et indiquées sur le relevé de prestations.

Bisoprolol

3,75 mg

Hémifumarate de bisoprolol
Voie orale

30 comprimés pelliculés



Titulaire - Exploitant :
Viatis Santé
1 Rue de Turin
69007 Lyon - France

PC 03400930183960
SN 259376C6KAN
Lot 8154250
EXP 12/2024



Bisoprolol

3,75 mg

Hémifumarate de bisoprolol
Voie orale

30 comprimés pelliculés

LOT GM2348
EXP 06.2025



CIP 03400934744198

KARDEGIC® + GROSSESSE
= INTERDIT



LOT GM2348
EXP 06.2025



CIP 03400934744198

KARDEGIC® + GROSSESSE
= INTERDIT



KARDEGIC® + GROSSESSE
= INTERDIT



CIP 03400934744198

EXP 06.2025

LOT GM2348



Clopidogrel

comprimés pelliculés

Voie orale

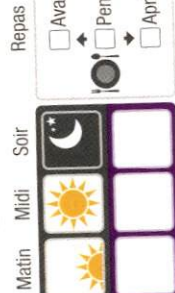
30 x 1 comprimés

PC 03400930238516
SN 1X1WHVR31
Lot 1301011
EXP 02/2026



PC 03400930238516
SN 165PR3YKMW
Lot 1301011
EXP 02/2026

PC 03400927800542
SN 1M/PT4P5CG
Lot 8156502
EXP 12/2025



Les comprimés doivent être avalés entiers
avec un peu d'eau, 1 heure avant un repas.

Clopidogrel

comprimés pelliculés

Voie orale

30 x 1 comprimés

PC 03400930238516
SN 1F34VPXW8C
Lot 1301011
EXP 02/2026



PC : 03400928005847

SN :

EXP

Lot

203803597420

04-2025

X017068



 ORGANON

Liptruz

comprimé pelliculé
ézétimibe/atorvasta

90 comprimés pelliculés