

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.

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.

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.

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



Déclaration de Maladie : N° P19- 0007536

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5131 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : LA ROUI NSRENDINE Date de naissance :
Adresse : IDEN
Tél. : 06 2194 23 Total des frais engagés : 55,53 € Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23 / 05 / 2020
Nom et prénom du malade : Laroui Nsrendine Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Cardiologie
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 : 23 / 05 / 2020
Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		<p>Médecament acheté en France</p> <p>pendant période de 2e Confinement</p> <p>55,53 €</p>

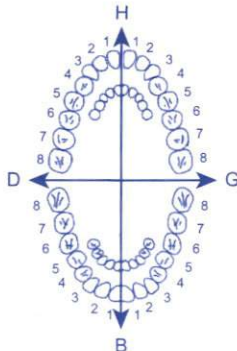
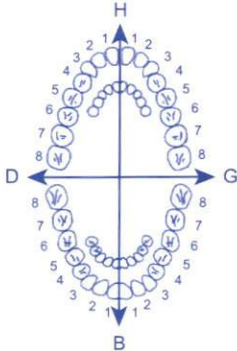
[illegible][illegible]

VE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prie de préciser, pour chaque 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 30px;"></div> </div>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 <hr style="width: 100%;"/> 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> <div style="text-align: center;"> D G </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 30px;"></div> </div>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

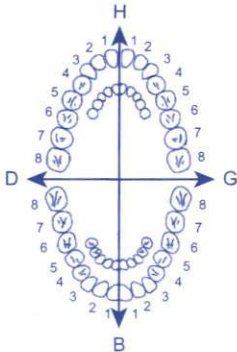
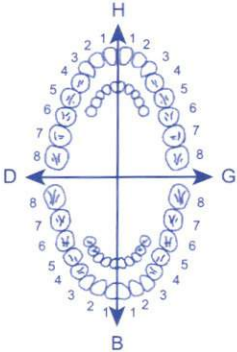
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le praticien est prié de prescrire et de traiter, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX
		MONTANTS DES SOINS			
		DEBUT D'EXECUTION			
FIN D'EXECUTION					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
		<div><div><div>H</div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D</div></div><div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div><div>G</div></div>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX
		<div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>			
		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'EXECUT

EXP/Lot

PC : 03400937817714

SN 91411677796503
05 2022
BLX68



Lire la notice avant utilisation. A conserver à une température ne dépassant pas 30°C.
A conserver dans l'emballage extérieur d'origine, à l'abri de l'humidité.
Tenir hors de la vue et de la portée des enfants. Médicament soumis à prescription médicale. Chaque comprimé contient 5 mg d'amlodipine (sous forme de bésylate d'amlodipine) et 80 mg de valsartan.

Exforge 5 mg/80 mg comprimé pelliculé
Médicament autorisé n° 34009 378 177 1 4



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.



Soyez prudent

Ne pas conduire
sans avoir lu la notice

France



**EXFORGE +
GROSSESSE =
INTERDIT**

**Ne pas utiliser chez la femme
enceinte**

TAHOR® 10 mg, comprimé pelliculé



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance



**TAHOR +
GROSSESSE =
INTERDIT**

Ne pas utiliser chez la femme
enceinte, l'adolescente ou la
femme en âge de procréer,
et sans contraception efficace

Titulaire : PFIZER HOLDING FRANCE

Exploitant : PFIZER PFE FRANCE

23-25, AVENUE DU DOCTEUR LANNELONGUE
75014 PARIS



3400937199216

90 comprimés pelliculés

1114299-A18-FR

St-76/512

Novartis
Europharm Limited
Vista Building
Elm Park, Merrion Road
Dublin 4
Irlande

EU/1/06/370/006

EXFORGE®

5 mg/80 mg

comprimés pelliculés

amlodipine/valsartan

Voie orale.

90 comprimés pelliculés

EXFORGE® 5 mg/80 mg
comprimés pelliculés
amlodipine/valsartan

90 comprimés pelliculés

 **NOVARTIS**

EXFORGE® 5 mg/80 mg

comprimés pelliculés

amlodipine/valsartan

90 comprimés pelliculés

3 C

Emballage scellé.
Ne pas utiliser si la boîte a été ouverte.



Pfizer



COMPOSITION EN SUBSTANCE ACTIVE :

Chaque comprimé pelliculé contient 10 mg d'atorvastatine (sous forme d'atorvastatine calcique trihydratée).

LISTE DES EXCIPIENTS :

Excipient à effet notoire : lactose monohydraté.
Voir la notice pour plus d'informations.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION :

Voie orale.
Lire la notice avant utilisation.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

Médicament autorisé N° : 34009 371 992 1 6.

Boîte sécurisée
pour votre protection

90
COMPRIMÉS
PELLICULÉS

Emballage scellé.
Ne pas utiliser si la boîte a été ouverte.

(14)

PAA069885

GRANDE PHARMACIE MACONNAISE
 . BAYLE ET BOUFFAULT
 1351 Avenue Charles de Gaulle
 71000 MACON
 Tel: 0385382599
 N° SIRET: 80205224200014
 Code NAF: 4773Z - FR71801052242
 FRANCE

FACTURE

N°6936/311171

Du 23/05/2020

Date de l'échéance 24/05/2020

CATHIARD MAUD
 rue
 4 RUE DU GROS BUISSON
 71260 BISSY LA MACONNAISE

Prescripteur : MEDECIN
 N° AM : 711999599
 Opérateur: Flore F

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
EXFORGE 5MG/80MG-90CP 3400937817714 N° Ordonnancier : 407492 N° Lots : BNF84	PH7	0	1	35,955	2,10%	35,96
Honor. dispens. HG7	HG7	0	1	2,703	2,10%	2,70
ATORVAST SDZ 10mg Cpr pell Plq/90 3400941530777 N° Ordonnancier : 407493 N° Lots : JZ1227	PH7	0	1	12,527	2,10%	12,53
Honor. dispens. HG7	HG7	0	1	2,703	2,10%	2,70
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
54,39	2,1% (4)	1,14	55,53
Total HT		Total TVA	Total TTC
54,39		1,14	55,53

Part AMO 0,00

Part AMC 0,00

Part Client 55,53

Mode(s) de règlement

Règlements multiples
 (CB, Remb. AMO/AMC)

55,53

Reste dû

0,00

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

(u) indique les quantités unitaires

(*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1