

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.

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

M22- 0030036

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1333 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MEGZAR ABDEHANNI
 Date de naissance : 16-04-1952
 Adresse : 102, RUE ALI ABDIRRAZAK - CAS
 Tél. : 0661973427 Total des frais engagés : 87,86 Euros Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 01/08/23
 Nom et prénom du malade : MEGZAR ABDEHANNI Age : 70 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Infarctus
 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 : CAS le 01/08/23
 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
01/03/23	J		G	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

PHARMACIE DAURIAU
50 Ave Edouard Vaillant

03/03/23 87,86 €

03 MARS 2023

92100 BOULOGNE

92 2 01779 3

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

AM

PC

IM

IV

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 :

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

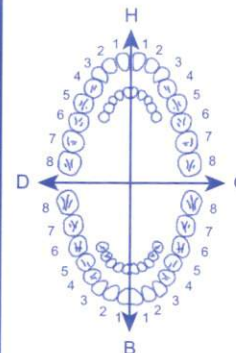
Coefficient

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

[Création, remont, adjonction]

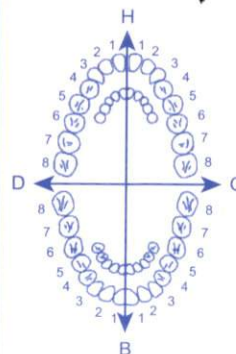
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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



Professeur Ahmed BENNIS

Professeur de Cardiologie

Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie

Fellow of The European Society of Cardiology

Fellow of The American College of Cardiology

Casablanca le :

CASA , Le 01/03/2023

M. ABDELHAMID MEGZARI

1) INSPRA 50 MG

1 le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

Professeur Ahmed BENNIS
Spécialiste des maladies cardiovasculaires
98, Rue Kadi Lass - MAËRIF
CASABLANCA 2024

PHARMACIE DAURIAC SELARL
. STEPHANIE DAURIAC
55 AVENUE EDOUARD VAILLANT
92100 BOULOGNE BILLANCOURT
FRANCE
Tel: 0146204677
N° SIRET: 52874174700018
Code NAF: 4773Z - FR64528741747

Page 1 / 1

FACTURE

N°4080/279606

Du 03/03/2023

Date de l'échéance 04/03/2023

MEGZARI ABDELHAMID
80 av e vaillant
92100 BOULOGNE BILLANCOURT

Prescripteur : MEDECIN _
N° AM : 921999991
Opérateur: Emmanuelle A

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
INSPIRA 50MG CPR PEL BT 90 3400939099460 N° Ordonnancier : 335330	PH7	0	1	82,850	2,10%	82,85
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
86,05	2,1% (4)	1,81	87,86
Total HT		Total TVA	Total TTC
86,05		1,81	87,86

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	87,86

Mode(s) de règlement	
Espèces	87,86

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

Titulaire : PFIZER PFE FRANCE
Exploitant : PFIZER PFE FRANCE
23-25 AVENUE DU DOCTEUR LANNELONGUE
75014 PARIS

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.
Médicament autorisé N° : 34009 390 994 6 0



inspra[®] 50 mg
éplérénone
comprimé pelliculé

Voie orale.

90 comprimés pelliculés.

Excipient à effet notoire : lactose monohydraté.

inspra[®] 50 mg
éplérénone
comprimé pelliculé
Voie orale.



COMPOSITION EN SUBSTANCE ACTIVE :

Eplérénone 50 mg
Pour un comprimé pelliculé.

LISTE DES EXCIPIENTS :

Ce médicament contient du lactose monohydraté.
Voir la notice pour plus d'informations.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION :

Voie orale.

Lire la notice avant utilisation.



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance