

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.

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7462 Société : RAM

Tél. : 0661316664 Total des frais engagés : 134,73 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 :

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 : Casablanca Le : 16/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE 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
	16.01.23.	35 Avenue de l'Aérodrome 94310 Orly Tél : 01 48 53 42 91 € 10 942017005
PHARMACIE CENTRALE ORLY 35 Avenue de l'Aérodrome 94310 Orly Tél : 01 48 53 42 91 € 10 942017005	1000 mg x 137,73	

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
		A M	P C	I M	I V	
	
	
	
	
	

RELEVE 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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

A diagram showing a 12x12 grid of numbered circles arranged around a central point labeled H. The grid is centered at H, which is located at the intersection of a vertical axis pointing upwards and a horizontal axis pointing to the right. The grid consists of 144 circles, each containing a number from 1 to 12. The numbers are arranged as follows: Row 1: 1, 2, 1, 2; Row 2: 3, 2, 3, 4; Row 3: 4, 5, 4, 5; Row 4: 6, 7, 6, 7; Row 5: 8, 9, 8, 9; Row 6: 10, 11, 10, 11; Row 7: 12, 1, 12, 1; Row 8: 8, 7, 8, 7; Row 9: 6, 5, 6, 5; Row 10: 4, 3, 4, 3; Row 11: 2, 1, 2, 1; Row 12: 3, 4, 3, 4. The numbers 1 through 12 appear twice in each row and column, except for the center circle H which contains the letter H.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Identification du prescripteur

Docteur F. PICARD

RPPS : 10100900363

Service de Cardiologie

Hôpitaux universitaires Paris Centre – Site Cochin

N° FINESS



750100166

Tel : 01 58 41 18 62

Fax : 01 58 41 16 05

Identification du malade

Mr DAOUD Nabile

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

Kardegic 75 : 1 par jour

Liptruzet 10/80 : 1 par jour

Pantoprazole 20mg : 1 par jour

Bisoprolol 3,75mg : 1 par jour

Stilnox 10 mg : 1 par jour au coucher si besoin



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

PHARMACIE CENTRALE ORLY
35 Avenue de L'Aérodrome
94310 Orly
Tél : 01 48 53 42 91
ID 942017005

QSP 12 mois

le 07/10/2022

Dr Fabien PICARD



Stilnox® 10 mg

Stilnox® 10 mg

Stilnox® 10 mg



CIP 03400934744198

LOT FM3167
EXP 09.2024LOT FM3167
EXP 09.2024LOT FM3080
EXP 09.2024

CIP 03400934744198

KARDEGIC® + GROSSESSE
= INTERDITLOT FM3080
EXP 09.2024

CIP 03400934744198



CIP: 03400934658570

Lot M1145
EXP 04/2025
SN A413VPM5XWDV7Y

Stilnox® 10 mg

PHARMACIE CENTRALE D'IRY
Avenue de l'Indépendance
BP 10000 DHO
02 32 81 00 12
02 32 81 00 12
02 32 81 00 12

PC 03400939320816
SN 1PCT6CV3XX
Lot 221723
EXP 08/2024



Voie orale

28 x

20 mg

Pantoprazole
Mylan

A conserver à un endroit dépassant pas 30°C.

CE MEDICAMENT + GROSSESSE =
DANGERNe pas utiliser chez la femme enceinte,
sauf en l'absence d'alternative thérapeutique

Mylan

PC 03400939320816
SN 22H88FVFTS
Lot 221723
EXP 08/2024



PC

SN

Lot

EXP

03400939320816

199GH6N992
221723
08-2024



Pantoprost
Mylan F

20 mg

28

x



Voie orale



Liptru

comprimé pelliculé
ezétimibe/atc



PC : 03400928005847
SN : 197581786611
EXP 05-2024
W038417
Lot

90 comprimés pelliculés