

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- 0027646

111872

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7462 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : NABIL
Date de naissance : 08/08/1963
Adresse : 31 Avenue Hassan Soukhrani Casablanca
Tél. : 0661316664 Total des frais engagés : 137,73 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 : 2023

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) :

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

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

16.01.23.

137,73

€ 137,73

Euros

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

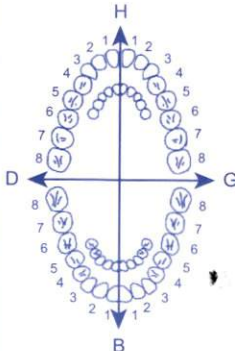
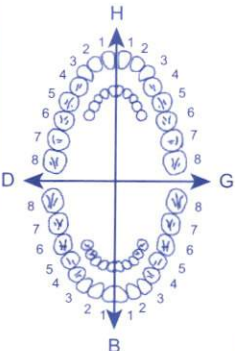
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

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

CIP: 03400934658570

Lot M1145
EXP 04/2025
SN A41A4EGGK5P92X
Stilnox® 10 mg

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

QSP 12 mois

le 07/10/2022

Dr Fabien PICARD

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

CIP: 03400934658570

Lot M1145
EXP 04/2025
SN A41XDOXK7TA9A7
Stilnox® 10 mg

CIP: 03400934658570

Lot M1145
EXP 04/2025
SN A41561T46G59K5
Stilnox® 10 mg

Bisoprolol
3,75

Hémifumarate
Voie orale

Bisoprolol
3,75

Hémifumarate
Voie orale

Bisoprolol
3,75

Hémifumarate de
Voie orale

CIP: 03400934658570



Lot M1145
EXP 04/2025
SN A41A7KTYDYWC05

Stilnox® 10 mg

CIP: 03400934658570



Lot M1145
EXP 04/2025
SN A41WDEE46DY511

Stilnox® 10 mg

30 comp.

30 comp.

30 comp.



CIP 03400934744198



LOT FM3167
EXP 09.2024



LOT FM3080
EXP 09.2024

CIP 03400934744198



KARDEGIC® + GROSSESSE
= INTERDIT



LOT FM3080
EXP 09.2024

CIP 03400934744198



**KARDEGIC® + GROSSESSE
= INTERDIT**

SANOFI

CIP: 03400934658570



Lot	M1145
EXP	04/2025

*SN A413VPW5XWDV7Y

Stilnox® 10 mg

PHARMACIE CENTRALE ONLY
35 Avenue de l'Académie
84300 Oly
13-01-88 14-11
10-03-88

PC
SN
Lot
EXP

03400939320816

1PCT6CV3XX
221723
08/2024



Voie orale

28

20 mg

Mylan

Pant

⚠ A conserver à une température ne dépassant pas 30°C.



**CE MEDICAMENT + GROSSESSE =
DANGER**

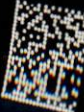
**Ne pas utiliser chez la femme enceinte,
sauf en l'absence d'alternative thérapeutique**



PC
SN
Lot
EXP

03400939320816

22H88FVFT5
221723
08-2024



Pantoprazole

PC
SN
Lot
EXP

03400939320816

199GH6N992
221723
08-2024



Panto
Mylan F

20 mg

28

x



Voie orale

PC: 03400928005847

SN:

197581786611

EXP

05-2024

Lot

W038417



 ORGANON

Liptr

comprimé pellic
ézétimibe/atc

90 comprimés pellic