

## 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'Unité  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-792937

154920

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7462 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : NABLI JASUD

Date de naissance : 11 08 1963

Adresse : 31 Av Hassan Joubkain Agg

Tél. : 0661316664 Total des frais engagés : 81,69 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 :

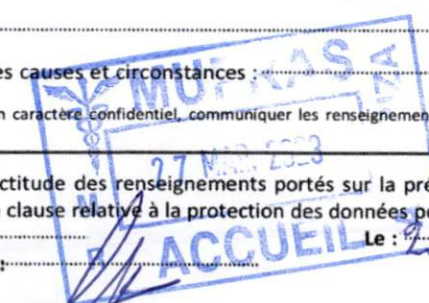
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 062 Le : 27 03 / 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 M. attestant le Paiement des
				INP : <input type="text"/>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

23 MARS 2023

23/03/23

81,69

7 Av. des Martyrs de Chateaubriand  
9310 ORLY - Tél : 01 48 53 17 73

## 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

AM

PC

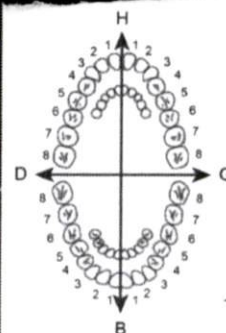
IM

IV

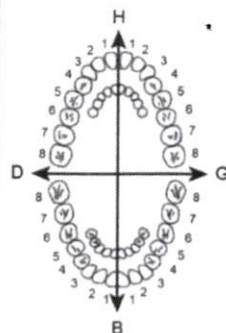
Montant détaillé  
des Honoraires

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		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
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





Numéro de facture	Code client
230050534	21/03/2023

942017088

**PHARMACIE OBJECTIF SANTE**

M. Saffar et M. Bracke  
 8, place Gaston Viens  
 94310 ORLY VILLE  
 FRANCE  
 Tél : 01 48 53 40 88  
 Fax : 01 48 53 82 21  
 E-mail :

SIRET : 43309110500018 APE :  
 TVA Intracommunautaire :  
 CL 30002 00605 0000005614R 26

**DAOUD NABIL**  
**15 RUE LOUIS BONIN**  
**94310 ORLY**

Mode de règlement : Carte Bancaire  
 Echéance : 01/04/2023

Code13Réf	Désignation	Qté	HT U Brut	%Rem	HT U Net	Mt HT Net	%TVA
34009 3474419 8	KARDEGIC 75MG PDR SACH 30	3	2,7522	0,00	2,7522	8,26	2,1
34009 3932081 6	PANTOPRAZOLE MYLAN 20MG 28CF	3	5,0147	0,00	5,0147	15,04	2,1
34009 3018396 0	BISOPROLOL VIATRIS 3,75MG 30CP	3	5,0441	0,00	5,0441	15,13	2,1

Quantité totale des produits : 9

Taux TVA	HT Brut	%Rem	Remise	HT Net	TVA
2,1%	38,43	0,00%	0,00	38,43	0,81
<b>Totaux</b>	38,43	0,00%	0,00	38,43	0,81

<b>Total Net HT</b>	<b>38,43 EUR</b>
<b>TVA</b>	<b>0,81 EUR</b>
<b>Montant TTC</b>	<b>39,24 EUR</b>

Pharmacie acceptant le règlement des sommes dues par chèque, libellé à son nom en sa qualité de membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale.  
 En cas de non paiement à la date d'échéance indiquée, l'acheteur sera de plein droit redevable de l'application d'un intérêt de retard calculé sur l'intégralité des sommes restant dues, intérêt d'un montant égal à deux fois le taux d'intérêt légal, montant auquel viendra s'ajouter une indemnité forfaitaire de recouvrement de 40 euros.

03400939320816

PC  
SN  
Lot  
EXP

28K5HV8H7F  
221723  
08-2024



# Pantoprazole

Mylan Pharma

**20 mg**

**28** x 

Voie orale

**28 comprimés gast**

03400939320816

PC  
SN  
Lot  
EXP

28K5HV8H7F  
221723  
08-2024



# Pantoprazole

Mylan Pharma

**20 mg**

**28** x 

Voie orale

**28 comprimés gast**

03400939320816

PC  
SN  
Lot  
EXP

28K5HV8H7F  
221723  
08-2024



# Pantoprazole

Mylan Pharma

**20 mg**

**28** x 

Voie orale

**28 comprimés gast**

# Bisoprolol

**3,75 mg**

Hémifumarate de bisoprolol  
Voie orale



**30** comprimés pellicul

PC 03400930183960  
SN 1A6TCA TCK5  
Lot 8138827  
EXP 03/2024



# Bisoprolol

**3,75 mg**

Hémifumarate de bisoprolol  
Voie orale



**30** comprimés pellicul

PC 03400930183960  
SN 1A6TCA TCK5  
Lot 8138827  
EXP 03/2024





# Bisoprolol

**3,75 mg**

Hémifumarate de bisoprolol  
Voie orale



**30** comprimés pellicul

PC 03400930183960  
SN 1A6TCA TCK5  
Lot 8138827  
EXP 03/2024



CIP 03400934744198

EXP 10.2024

LOT FM3437



# KARDEGIC®

## 75mg

Poudre pour solution  
buvable

30 sachets-dose

CIP 03400934744198

EXP 10.2024

LOT FM3437



# KARDEGIC®

## 75mg

Poudre pour solution  
buvable

30 sachets-dose

CIP 03400934744198

EXP 10.2024

LOT FM3437



# KARDEGIC®

## 75mg

Poudre pour solution  
buvable

30 sachets-dose