

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-792939

154919

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7462 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : DAOU

Nom & Prénom : NABIL

Date de naissance : 11.08.1963

Adresse : 3A Avenue Hassan Joukhan

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDDP n° : A.A-215/2019

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 : Cas Le : 28/03/2013

Signature de l'adhérent(e) :



### 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
				INP : <input type="text"/>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE  
Docteur SAFFAR Franck et BRACKE Pierre  
8, Place Gaston Viens - 94310 ORLY  
Tél : 01 48 53 40 88 - Fax : 01 48 53 82 21  
N° 1642317089

21/03/23

39.24 €

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

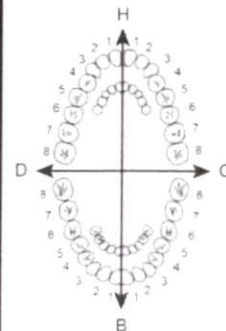
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

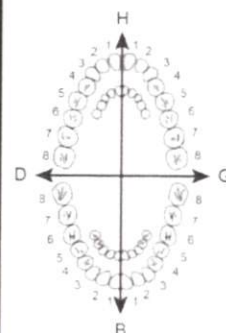
Cachet et signature du Particien Date des Soins Nombre AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

### 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  
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

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

*Identification du prescripteur*

**Docteur F. PICARD**  
**RPPS : 10100900363**

Service de Cardiologie  
Hôpitaux universitaires Paris Centre – Site Cochin  
N° FINESS



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)**

---

QSP 12 mois

le 07/10/2022

**Dr Fabien PICARD**

23/03/2023, ord 23/03/2023  
DAOUD NABILE

PHARMACIE MINOUN  
TEL : 01 48 53 17 73 OP : 11  
ID 942016221 RPPS 100062004

Cité	Libellé	Identifiant	Prix U	BaseSSHD TxR
1 LIPTRUZET 10MG/50MG CPR B1790 (B03157)		3400526006847	78,93	- 2,76 0%
MONTANT TOTAL : 81,68EUR		MONTANT RÔ : 0,00EUR		
MONTANT ASSURE : 81,68EUR		MONTANT RC : 0,00EUR		

PHARMACIE MIMOUN  
TEL : 01 48 53 17 73 OP : 11  
ID 942016221 RPPS 1000362084

Caté	Libellé	Identifiant	Prix U	BaseSSHD	TxR
1	LIFTRUZEI 10MG600MG CPR BT90 (863157)	3400926006847	78,93	-	2,76 0%

MONTANT TOTAL : 81,68EUR	MONTANT RO : 0,00EUR
MONTANT ASSURE : 81,68EUR	MONTANT RC : 0,00EUR

Explosion & Scumsee



## Facture

Numéro de facture	Date	Code client
230032495	23/03/2023	

942016221

PHARMACIE MIMOUN

75 rue des Martyrs de Chateaubriant

94310 ORLY

FRANCE

Tél : 01 48 53 17 73

Fax : 01 48 53 66 88

E-mail :

SIRET : 50814104100022 APE :

TVA Intracommunautaire : FR41508141041

DAOUD NABILE

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 2800584 7	LIPTRUZET 10MG/80MG CPR BT90	1	80,0098	0,00	80,0098	80,01	2,1

Quantité totale des produits : 1

Taux TVA	HT Brut	%Rem	Remise	HT Net	TVA	Total Net HT	
2,1%	80,01	0,00%	0,00	80,01	1,68	80,01 EUR	
						TVA	1,68 EUR
						Montant TTC	81,69 EUR
<b>Totaux</b>	80,01	0,00%	0,00	80,01	1,68		

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.

PC : 03400928005847

SN :

EXP

Lot

119210094810

07-2024

X001804



 ORGANON

# Liptruzet<sup>®</sup>

**comprimé pelliculé**

ézétimibe/atorvastatine

90 comprimés pelliculés