

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVRER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

47176

Déclaration de Maladie : N° P19- 0022651

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5131

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAROUI Noredine

Date de naissance :

Adresse : IDEM

Tél. : 0661219473

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03 / 11 / 2020

Nom et prénom du malade : Laroui Noredine MUPRAS 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 : CASABLANCA

Le : 03 / 11 / 2020

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 |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

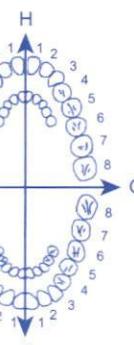
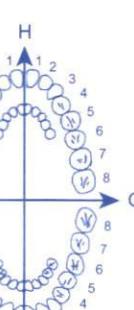
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canalaire, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------|-------------|-------------------------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|--|--|
|  | | | | Coefficient des travaux | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Montants des soins | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Début d'exécution | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Fin d'exécution | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td><td style="text-align: center;">25533412</td><td style="text-align: center;">21433552</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td><td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td><td style="text-align: center;">35533411</td><td style="text-align: center;">11433553</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td><td></td><td></td></tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | G | | |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| B | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | |
| G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Coefficient des travaux | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Montants des soins | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Date du devis | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Date de l'exécution | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Khadija BELKEBIR
MEDECINE GENERALE

Lot. EL Alia - Rue 27 N° 94
Bd. Oued Tansift - EL Oulfa
☎ : 05 22 90 48 76 - CASABLANCA

الدكتورة خديجة بلكبير
الطب العام

تجزئة العالية - الزنقة 27 الرقم 94
شارع وادي تانسيفت - الألفة
الهاتف : 05 22 90 48 76 - الدار البيضاء

Casablanca, le ٢٣ / ١١ / ٢٠٢٥
الدار البيضاء، في

Mr. Harouci Noureddine

1) Exchange y 5-5 / 80
y/0 rec

2) A Yousoufataine y 10-5
y/0 le soin

Dr. BELKEBIR Khadija
Médecine - Générale
Rue 27 N° 94 El Alia
Cité Oulfa - Casablanca
Tél.: 0522 90 48 76

GRANDE PHARMACIE MACONNAISE
BAYLE ET BOUFFAULT
1351 Avenue Charles de Gaulle
71000 MACON
Tel: 0385382599
N° SIRET: 80105224200022
Code NAF: 4773Z - FR71801052242
FRANCE

Page 1 / 1

FACTURE

N°8625/339585

Du 13/10/2020

Date de l'échéance 14/10/2020

LAROU MUREDDINT.
rue
4 RUE DU GROS BUISSON
71260 BISSY LA MACONNAISE

Prescripteur : MEDECIN _
N° AM : 711999599
Opérateur: Flore F

| Désignation Code produit | Prest. | Taux Remb. | Qté | PUHT | Taux TVA | Montant Total HT |
|--|--------|---------------|-----|--------|-------------|---------------------|
| EXFORGE 5MG/80MG-90CP 3400937817714 | PH7 | 0 | 1 | 36,219 | 2,10% | 36,22 |
| N° Ordonnancier : 441645 | | | | | | |
| N° Lots : BRL05 | | | | | | |
| Honor. dispens. HG7 | HG7 | 0 | 1 | 2,703 | 2,10% | 2,70 |
| ATORVAST SDZ 10mg Cpr pell Plq/90 3400941530777 | PH7 | 0 | 1 | 12,615 | 2,10% | 12,62 |
| N° Ordonnancier : 441646 | | | | | | |
| N° Lots : KL5444 | | | | | | |
| 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 |
|-----------------|--------------|------------------|------------------|
| 54,74 | 2,1% (4) | 1,15 | 55,89 |
| Total HT | | Total TVA | Total TTC |
| 54,74 | | 1,15 | 55,89 |

| | |
|-------------|-------|
| Part AMO | 0,00 |
| Part AMC | 0,00 |
| Part Client | 55,89 |

| | |
|--|-------|
| Mode(s) de règlement Règlements multiples (CB) | 55,89 |
| 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



~~EXFORGE~~
comprimés pelliculés
amlodipine/valsartan

EXFORGE® 5 mg/80 mg

EXFORGE®

comprimés pelliculés

amlodipine/valsartan

Voie orale.

90 comprimés pelliculés

5 mg/80 mg



 NOVARTIS

EXFORGE® 5 mg/80 mg

comprimés pelliculés

amlodipine/valsartan

90

90 comprimés pelliculés



~~EXFORGE~~®
comprimés pelliculés
amlodipine/valsartan

EXFORGE® 5 mg/80 mg

EXFORGE®

comprimés pelliculés

amlodipine/valsartan

Voie orale.

90 comprimés pelliculés

5 mg/80 mg



 NOVARTIS

EXFORGE® 5 mg/80 mg

comprimés pelliculés

amlodipine/valsartan

90 comprimés pelliculés

Atorvastatine Sandoz®

10 mg

90 comprimés pelliculés

SANDOZ A Novartis
Division

COMPOSITION EN SUBSTANCE ACTIVE :

Chaque comprimé contient 10 mg d'atorvastatine (sous forme d'atorvastatine calcique trihydratée).

EXCIPENT À EFFET NOTOIRE : lactose et traces de sodium.

Voir la notice pour plus d'informations.

INDICATIONS, CONTRE-INDICATIONS, POSÉOLOGIE, PRÉCAUTIONS D'EMPLOI ET MISES EN GARDE SPÉCIALES :

Lire la notice avant utilisation.

TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS.

Titulaire/Exploitant :

Sandoz

49, avenue Georges Pompidou
92300 Levallois-Perret

Ce médicament générique remplace :



qui vous a été prescrit par votre médecin.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I – UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

Médicament autorisé n°
34009 415 307 77

Atorvastatine
Sandoz®

10 mg

90 comprimés pelliculés

SANDOZ A Novartis
Division

Atorvastatine Sandoz®

10 mg

90 comprimés pelliculés

SANDOZ A Novartis
Division

COMPOSITION EN SUBSTANCE ACTIVE :

Chaque comprimé contient 10 mg d'atorvastatine (sous forme d'atorvastatine calcique trihydratée).

EXCIPIENT À EFFET NOTOIRE : lactose et traces de sodium.

Voir la notice pour plus d'informations.

INDICATIONS, CONTRE-INDICATIONS, POSÉOLOGIE, PRÉCAUTIONS D'EMPLOI ET MISES EN GARDE SPÉCIALES :

Lire la notice avant utilisation.

TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS.

Titulaire/Exploitant :

Sandoz

49, avenue Georges Pompidou
92300 Levallois-Perret

Ce médicament générique remplace :



qui vous a été prescrit par votre médecin.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I – UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

Médicament autorisé n°
34009 415 307 77

Atorvastatine
Sandoz®

10 mg

90 comprimés pelliculés

SANDOZ A Novartis
Division