

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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 Allal Ben Abdellah - 8ème 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 : N° P19- 0022651

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5131 Société : Ram
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : LAROU Noreline 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 : Larni Noreline 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 : 03 / 11 / 2020 Le : 03 / 11 / 2020
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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

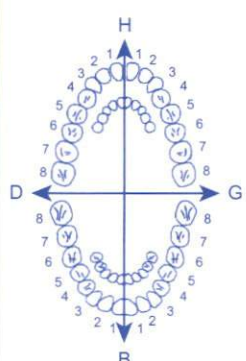
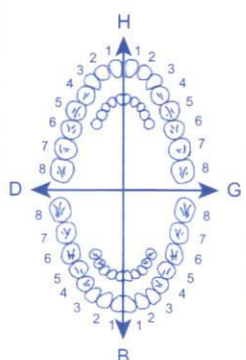
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| |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

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 canalaires, ainsi que le bilan de

| 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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | 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"/> | |
|  | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

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

الدار البيضاء ، في 03 / 11 / 2020
Casablanca, le

M^r LAROUÏ MOUEDDINE

1) Exforge 4 5-5/80
mg le ct

2) Atorvastatine 4 10-3
mg le soir

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

LAROUX MOURÉDDINE
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 N° Ordonnancier : 441645 N° Lots : BRL05 | PH7 | 0 | 1 | 36,219 | 2,10% | 36,22 |
| Honor. dispens. HG7 | HG7 | 0 | 1 | 2,703 | 2,10% | 2,70 |
| ATORVAST SDZ 10mg Cpr pell Plq/90 3400941530777 N° Ordonnancier : 441646 N° Lots : KL5444 | PH7 | 0 | 1 | 12,615 | 2,10% | 12,62 |
| 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

5 mg/80 mg

EXFORGE®

comprimés pelliculés

amlodipine/valsartan

Voie orale.

90 comprimés pelliculés

 **NOVARTIS**

EXFORGE® 5 mg/80 mg
comprimés pelliculés
amlodipine/valsartan

90 comprimés pelliculés

EXFORGE® 5 mg/80 mg

comprimés pelliculés

amlodipine/valsartan

90 comprimés pelliculés

C
a

1010



5 mg/80 mg

EXFORGE®

comprimés pelliculés

amlodipine/valsartan

Voie orale.

90 comprimés pelliculés

 **NOVARTIS**

EXFORGE® 5 mg/80 mg
comprimés pelliculés
amlodipine/valsartan

90 comprimés pelliculés

EXFORGE® 5 mg/80 mg

comprimés pelliculés

amlodipine/valsartan

90 comprimés pelliculés

C
a

1010



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,
POSOLOGIE, 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 7 7

SANDOZ A Novartis
Division

Atorvastatine
Sandoz®
10 mg
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).

EXCIPIENT À EFFET NOTOIRE : lactose et traces de sodium.

Voir la notice pour plus d'informations.

**INDICATIONS, CONTRE-INDICATIONS,
POSOLOGIE, 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.



Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

Médicament autorisé n°
34009 415 307 7 7

SANDOZ A Novartis
Division

Atorvastatine
Sandoz®
10 mg
90 comprimés pelliculés

