

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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

N° W21-775749  
147479

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) Matricole : 492+ Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ARFI SAID

Date de naissance : 12.11.1962

Adresse : 595 Bd EL QUODS, OUED TALES Anfa

Tél. : 06 16 67 88 4 Total des frais engagés : 40000,- 957 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Shâdia ZAFAI  
Professeur Agrégée  
Hématologie - Oncologie  
CLINIQUE AL MADIN  
Tél: 05 22 77 77 40 à 4<sup>e</sup>  
Fax: 05 22 77 77 41

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/12/2022 Nom et prénom du malade : Monsieur BAJITA Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Thrombocythémie essentielle

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 : 01 FEV. 2023

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL BUZAACHANE

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
25/12/22	Consultation		INP : 25533412 DR. SABATIER LAFAIL Professeur Agrégé Hématologie - Oncoologie CLINIQUE ALMA SABATIER LAFAIL Professeur Agrégé Hématologie - Oncoologie CLINIQUE ALMA	400

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	
pharmacie des Miroirs 303 Allée du Dragon 91000 EVRY Tél. : 01 60 77 50 34 912 01333 1	19/01/2023	9.57 EUR	GSA : n° 05 22 77 12 3

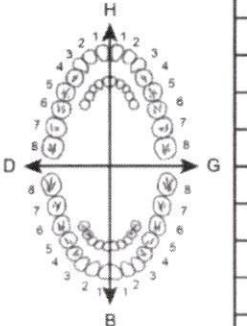
ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
		AM	PC	IM	IV

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

CLÉFISSAGE DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS
DEBUT D'EXÉCUTION
FIN D'EXÉCUTION
COEFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS
DATE DU DEVIS
DATE DE L'EXÉCUTION

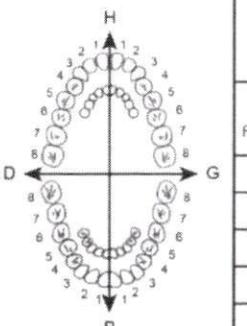


O.D.F  
PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

H	25533412	21433652
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



**Docteur Saadia ZAFAD**

Professeur Agrégée

Hématologie Clinique

Adultes-Enfants

Oncologie pédiatrique

Greffé de Moelle

**الدكتورة السعدية زفاص**

أستاذة مبكرة

أمراض الدم

البالغين و الأطفال

سرطان الطفل

زراعة النخاع

Casablanca, le.....

**23 décembre 2022**

**Mme MONSSEF Bahia**

**ANAGRELIDE 0,5 MG**

6 boites

**Pharmacie des Mircirs**  
303 Allée du Dragon  
91000 EVRY  
Tél. : 01 60 77 50 34  
91 2 01333 1

(Médicament non disponible au Maroc)

*Delivery 6 Yo^s  
1 ANAGRELIDE  
0,5 mg*

*Dr. Saadia ZAFAD  
Professeur Agrégée  
Hématologie Oncologie  
CLINIQUE AL MADINA  
Tél: 05 22 77 77 40 à 49  
Fax: 0 522 25 00 01*

PHARMACIE DES MIROIRS  
MR FATHALLA  
91 2 01333 1  
303 Square de dragon  
91000 EVRY  
Tel: 0160775034  
Ordonnance: 23/12/22  
Delivrance: 19/01/23  
Vendeur: 1

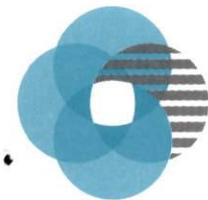
Facture no : 183531  
Malade : MONSSEF  
24445 Bahia

91000 EVRY  
Medecin: ZAFAD SAADIA

Qte---P. unit-Cip-----	Designation-----	Base-----	Hon.-----	taux-----	Ordo-----
6	157.80 3400930130001 ANAGRELIDE 0,5MG BIOGARAN GELU 1 HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE HONORAIRE MEDICAMENT SPECIFIQUE	157.80	1.02	100%	000413608
		0.51	70%		
		3.57	70%		

TOTAL GENERAL: 957.00 TOTAL ASSURE: 957.00  
TOTAL R.D.: 0.00  
TOTAL R.C.:

COPIE CONFORME A L'ORIGINAL



## F A C T U R E

N° : **2466 / 2023** du **30/01/2023**

Nom patient **MONSSEF BAHIA**  
**PAYANT**

Entrée **25/01/2023**  
Sortie **25/01/2023**

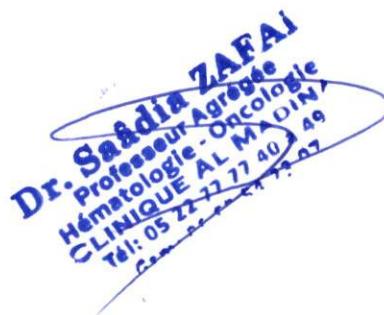
### CONSULTATION PR ZAFA

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION PR ZAFAD S	1,00	CSZS	400,00	400,00
<i>Sous-Total</i>				400,00
<b>Total Clinique</b>				<b>400,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE CENTS DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>400,00</b>

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA



**feuille de soins  
pharmacien ou fournisseur**

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale

Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

numéro de facture (facultatif)

1 8 3 5 3 1

date 1 9 0 1 2 0 2 3

**PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)**nom et prénom **MONSSEF**

• Bahia

(24445)

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance J J M M A A A A

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

code de l'organisme de rattachement  
en cas de dépense d'avance des frais  
(à remplir par le pharmacien ou  
le fournisseur)

Vd: 1

**ADRESSE de L'ASSURE(E)**

91000

ÉVRY

**IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR**

MR FATHALLA

PHARMACIE DES MIROIRS  
303 Square de dragon  
91000 EVRY  
**91 2 01333 1**

Tel: 0160775034

**PHARMACIEN REMPLACANT**

nom et prénom

identifiant

**IDENTIFICATION de la STRUCTURE****IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce**nom et prénom **ZAFAD SAADIA**

raison sociale

identifiant

n° de la structure  
(AM, FINES ou SIRET)**CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS**

date de la prescription médicale 2 3 1 2 2 0 2 2

date de l'accord préalable (le cas échéant)

J J M M A A A A

 **MALADIE** (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante) **SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1**  
(cf. la notice au verso : § précédé de "\*" et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non

oui

date

J J M M A A A A

 AT/MP      numéro      ou      date      J J M M A A A A**PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES**

Codeation détaillée	Code	Top	Base				Nb	Mode	Indic.	Date	Date	
Acte	Cip/Lpp	Labo	Decond.	Qte	Rembt	Mt factu.	Libelle	Btes	Presc.	Substi.	Deb loc	Fin loc
PH1	34009 3013000 1			6	157.80	946.80	ANAGRELIDE 0,5MG BIOGA					
HD1				6	1.02	6.12	Honoraire de dispensat					
HDR				1	0.51	0.51	HONORAIRE MEDICAMENT R					
HDE				1	3.57	3.57	HONORAIRE MEDICAMENT S					

imprimer les codes à barres

ou coller les étiquettes de la liste

des produits et prestations

dans l'ordre de la prescription

**PAIEMENT****MONTANT TOTAL**  
en euros

9 5 7 • 0 0

Part ASS.: 957.00

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire signature du pharmacien  
ou du fournisseur

MR FATHALLA

signature de  
l'assuré(e)impossibilité  
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale).

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle.

En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.