

# 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

- Reclamation : 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



Déclaration de Maladie : N° P19-0004609

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08764 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EL BOUAZIZI ZUMAR Date de naissance : 15/11/1967  
 Adresse : MAY EL IDAN 2 Rue 10 n°21 Dnabel Casablanca  
 Tél. : 0661213238 Total des frais engagés : 43,16 € + 200,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/06/2016

Nom et prénom du malade : EL BOUAZIZI Age : 48 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : AFFECTION OCULAIRE

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 : Le : / /

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
02/02/23	S		2000H	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharm du Parc Sophie ERBIB 21, rue F. Marmat 75012 PARIS Tél. 01.53.33.01.02 75 2 03953 7	06/03/2023	43€, 16 274,50

# ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
<div> COEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div> MONTANTS DES SOINS </div> <div> DEBUT D'EXECUTION </div> <div> FIN D'EXECUTION </div>																	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		<div> DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE </div> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <div> (Création, remont, adjonction)  Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </div>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
		<div> MONTANTS DES SOINS </div> <div> DATE DU DEVIS </div> <div> DATE DE L'EXECUTION </div>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





joindre la prescription  
sauf si renouvellement

N° 11389\*05

# 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)

2 1 6 0 1  
date J J M M A A A A  
0 6 0 3 2 0 2 3

Utilisateur : G

PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT les SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur)

nom et prénom

(nom de famille) MAROCX 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  
0 1 0 1 2 0 1 6

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

ADRESSE de L'ASSURE(E)

75012 PARIS

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

PHARMACIE ZERBIB-SCHNEEBERG  
21 RUE DE POMMARD  
75012 PARIS 12E ARRONDISSEMENT  
Tél : 01 53 33 0102

10000070630

nom et prénom

identifiant

PHARMACIE ZERBIB-SCHNEEBERG  
752039537

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom

FICTIF FICTIF

identifiant

raison sociale

n° de la structure  
(AM, FINES ou SIRET)

7 5 1 9 9 9 5 3 3

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

J J M M A A A A  
0 2 0 2 2 0 2 3

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

Code	CIP / LPP	AT/MP	U.P.	Qté	numéro	Remb.	P.U.	TOTAL Libellé	ou	Nb Bte	date	Substi.	Presc.	Déb. loc	A	Fin loc
PH7	3400934384127			2	15,18		15,18	30,36 XALATAN 50µg/ml Collyr s FI/25ml								
tarification détaillée																
HG7				2	2,76		2,76	5,52 Honoraire de dispensation grand condit								
PH7	3400934547300			1	3,55		5,75	5,75 ALPHAGAN 0,2% (2mg/ml) Collyr s FI/5ml								
HD7				1	1,02		1,02	1,02 Honoraire de dispensation niveau 7								
HDR				1	0,51		0,51	0,51 Honoraire de dispensation pour delivranc								

imprimer les codes à barres  
ou coller les étiquettes de la liste  
des produits et prestations  
dans l'ordre de la prescription

Montant primaire : 0,00

PAIEMENT

4 3 1 6

Montant mutuelle : 0,00

Montant assuré : 43,16

MONTANT TOTAL en euros

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

Sophie ZERBIB  
PHARMACIE ZERBIB-SCHNEEBERG  
75012 PARIS  
Tél : 01 53 33 01 02

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du pharmacien  
ou du fournisseur

signature de  
l'assuré(e)

impossibilité  
de signer



# quelques conseils pour remplir votre feuille de soins

**Le bon remplissage de votre feuille de soins est la garantie de votre remboursement par l'assurance maladie.**

La première information à donner concerne **la personne recevant les soins et l'assuré(e)** :

**Si vous ne payez pas votre pharmacien ou votre fournisseur**, celui-ci remplira l'ensemble de cette rubrique, sur présentation de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne.

**Si vous payez votre pharmacien ou votre fournisseur**, celui-ci indiquera uniquement vos nom et prénom, dans la zone prévue, selon vos indications ou au vu des informations portées dans votre carte Vitale ou sur l'attestation papier qui l'accompagne.

Les autres zones seront remplies par vous même (*le code de l'organisme de rattachement n'est pas à préciser*).

- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous êtes **assuré(e) social(e)**, inscrivez seulement :
  - votre **numéro d'immatriculation** (en vous aidant de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne).
- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous n'êtes pas **assuré(e) social(e)**, indiquez :
  - votre **numéro d'immatriculation**,
  - ou** (si celui-ci ne vous a pas été communiqué),
  - votre **date de naissance**,
  - le **nom** et le **prénom de l'assuré(e) auquel (à laquelle)** vous êtes rattaché(e) et son **numéro d'immatriculation**,
- **complétez enfin cette rubrique en indiquant l'adresse de l'assuré(e).**

**Toutes les autres rubriques de la feuille de soins sont à compléter par votre pharmacien ou votre fournisseur, y compris le numéro de facture qui est une zone facultative destinée à son usage.**

- \* Si vos soins sont dispensés au titre de l'article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, il doit le préciser dans la case prévue à cet effet.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident causé par un tiers, précisez-le lui ainsi que la date de cet accident. Ces renseignements doivent **obligatoirement** figurer sur la feuille de soins car ils permettent à l'assurance maladie de récupérer les frais relatifs à l'accident auprès de l'assureur concerné.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident du travail, dont vous avez été victime, ou avec une maladie professionnelle, présentez-lui la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle qui vous a été remise par votre employeur ou par votre organisme d'assurance maladie.

## Recommandations importantes :

Le double de votre prescription médicale doit être joint à l'envoi de votre feuille de soins (sauf en cas de renouvellement, ou s'il a été joint à la demande d'accord préalable).

**Prévenez votre organisme d'assurance maladie en cas de changement intervenant dans votre situation**, par exemple :

- **changement de compte** bancaire, postal ou de caisse d'épargne : adressez-lui le relevé d'identité correspondant.
- **changement d'organisme** d'assurance maladie : prenez contact avec votre nouvel organisme d'assurance maladie pour le transfert de votre dossier afin de ne pas retarder le remboursement de vos soins et prestations, **n'oubliez pas** également d'indiquer **votre nouvelle adresse sur la feuille de soins**.

\* **Si le pharmacien ou le fournisseur a coché la case "SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1", la feuille de soins doit être adressée à l'organisme gestionnaire mentionné sur votre attestation de pensionné(e).**

**N'oubliez pas de signer votre feuille de soins.**

**Ophthalmologiste**

Lentilles de contact - Chirurgie de la Myopie



## طب العيون

العدسات اللاصقة - تصحيح قصر البصر بالليزر

Casablanca, le 02.02.2023 في الدار البيضاء،

9. ELBWAZIZI OTHMAN

XAVANTAN

6 min for 6 min)

31.5043

Algo

Dr. IRAQUI Housseini Karim  
OPHTALMOLOGISTE  
5 AV. "D" Idriissia 4 - 1er Etg  
N° 1 - Casablanca  
07 00-05 22 28 52 90

274150.

Dr. IRAQUI Houssaini Karim  
OPHTALMOLOGISTE  
5, AV "D" Idrissia 4 - 1er Etg  
App. N° 1 - Casablanca  
Tel : 06 16 71 47 00-05 22 28 52 90  
INPE : 09 11 64 87 1

28 52 90  
 8 7 1  
 0522 52 21 61  
 en pharmacie  
 2 Ain Chock

5 شارع د (شارع النمر) الإدريسية 4، الطابق الاول، الشقة رقم 1-الدار البيضاء - الهاتف : 0522-285 290 - 0652 959 016

5 Avenue D Idrissia 4, 1<sup>er</sup> étage, Appt. N°1 - Casablanca

Tél. : 0522 285 290 - 0616 714 700 / E-mail : [iraquikarim@hotmail.com](mailto:iraquikarim@hotmail.com) : البريد الإلكتروني :

ALLERGAN



PPV:91DH50

0.2%  
Brimonidine

Collyre en solution

Flacon de 5 ml

ALLERGAN



PPV:91DH50

0.2%  
Brimonidine

Collyre en solution

Flacon de 5 ml

PC: 03400934384127  
Lot/EXP/SN:

GH8944  
GE0289  
05/2024  
1MCCHPX3N1



PC: 03400934384127  
Lot/EXP/SN:

GH8944  
GE0289  
05/2024  
1K53177X87



PHARMACIE ZERBIB-SCHNEEBERG

21 RUE DE POMMARD

75012 PARIS 12E ARRONDISSEMENT - France

Qté Description

Prix Montant

MAROC X

Ordo. N°21601 (ticket 2023017274)

1 ALPHAGAN 0,2% (2mg/ml) Collyr...	5,75	5,75 4
1 Honoraire simple	1,02	1,02 4
1 Honoraire médicament remboursa..	0,51	0,51 4
2 XALATAN 50µg/ml Collyr s 3F1/2..	15,18	30,36 4
2 Honoraire simple	2,76	5,52 4

TOTAL Client 43,16

A PAYER 43,16

Règlement

Espèces 43,16

Détail TVA	TVA	HT	TTC
4 2,10%	0,89	42,27	43,16
TOTAL	0,89	42,27	43,16

06/03/2023 13:00:00 justificatif 20230306010058-Original

Vous avez été servi par (G)-Poste LE020

JUSTIFICATIF NON VALABLE POUR ENCAISSEMENT