

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

- 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

157508

Déclaration de Maladie : N° P19-0004609

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule: 58764

Société:

Actif

Pensionné(e)

Autre:

Nom & Prénom:

Adresse:

Tél.:

Date de naissance:

May 1962 Rue 10 Jeudi 06/06/1962

Total des frais engagés: 43,16 € + 200,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin:



Date de consultation:

Nom et prénom du malade:

EL BOUAZIZI

Age:

Lien de parenté:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie:

AFFECTION OULACIN

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: 17/06/2016

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
02/01/2015			1000,00	PAUL MOLLET
02/01/2015				PAUL MOLLET
02/01/2015				PAUL MOLLET

EXECUTION DES ORDONNANCES

W Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie du Parc Sophies BIBIB 21, rue Fernand 75012 PARIS Tél. 01.53.53.01.02 75 2 03953 7	06/03/2023 06/03/2023	43€ 16 274.5€

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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 l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

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

MAROC X

(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

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

MAROC X

(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

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

10000070630 REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

PHARMACIE ZERBIB-SCHNEEBERG
752039537dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

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

0 2 0 2 2 0 2 3

date de l'accord préalable (le cas échéant)

X

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

X

oui

date

Code	CIP / LPP	AT/MP	U.P.	Qte	numéro	Remb.	P.U.	TOTAL	Libellé	ou	Nb Bte	date	Subst.	Presc.	Déb. loc	A	Fin loc
PH7	3400934384127		2	15,18	PRODUITS et PRESTATIONS DIVERS	15,18		30,36	XATALAN 50/g/ml Collyr s Fl/25ml								
		tarification détaillée		2		2,76		5,52	Honoraire de dispensation grand conditio								
PH7	3400934547300		1	3,55		3,55		5,75	ALPHAGAN 0,2% (2mg/ml) Collyr s Fl/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

Pharmacie du Parc

PHARMACIE ZERBIB

SCHNEEBERG

75012 PARIS

Tél. : 01 53 33 01 02

752039537

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

Signature du pharmacien
ou du fournisseur

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

Signature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de penalties financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal et 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.

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 **vos nouvelles adresses 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.

Docteur Iraqui Houssaini Karim

Ophtalmologiste

Maladies et Chirurgie des Yeux

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Chirurgie de la Cataracte par Phaco

Angiographie - Laser - Strabisme

Lentilles de contact - Chirurgie de la Myopie



الدكتور عراقي حسيني كريم

طب العيون

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

جراحة الجلالة بالأمواج فوق الصوتية

تصوير الأوعية - علاج بالليزر - الجول

العدسات اللاصقة - تصحيح قصر البصر بالليزر

Casablanca, le

٢٠٢٤٠٨٢٣

الدار البيضاء، في

Dr. EL BURAISSI HOUSSAINI

XAVATAN B

Ophtalm. 6 mn 07/07/2023 6 mn)

1.50x3

Allograus 5

Ophtalm.

21.07.2023

Dr. IRAQUI Houssaini Karim
OPHTHALMOLOGISTE
5, AV. "D" Idrissia 4 - 1er Etg
Appt. N°1 - Casablanca
Tel : 06 16 71 47 00-05 22 28 52 90
INPE : 1164871

Dr. IRAQUI HOUSSAINI KARIM
Ophtalmologiste
5, Avenue D Idrissia 4, 1^{er} étage, Appt. N°1 - Casablanca
Tél. : 0522 252169
Email : iraquikarim@hotmail.com

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

5 Avenue D Idrissia 4, 1^{er} étage, Appt. N°1 - Casablanca

Tél. : 0522 285 290 - 0616 714 700 / E-mail : iraquikarim@hotmail.com البريد الإلكتروني :

PPV:91DH50



0.2%
Brimonidine

Collyre en solution

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
1K53T77X87



Flacon de 5 ml

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 LEO20

JUSTIFICATIF NON VALABLE POUR ENCAISSEMENT