

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

- Réclamation : 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

M22- 0018651

173366

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9565 Société : R.A.M.
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : ENFANT
Nom & Prénom : MASSOUM MOHAMED SAID
Date de naissance : 17 01 1973
Adresse : 38, Rue Elit ouar 1er du Bourgou
CASA BLANCA
Tél. : 066136234 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALCM Pathologie :

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 : CASA BLANCA Le : 30 / 08 / 2023

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
Pharmacie S. P. Marc Sophie ZERB 21, rue Fontenard 75011 PARIS Tél. 01.53.33.01.02 75 2 03953 7	28/08/2023	320,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

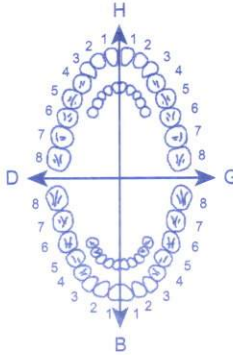
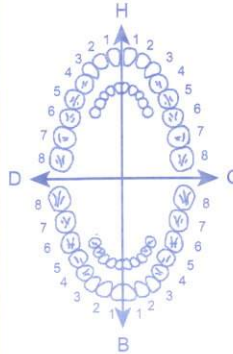
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<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>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																

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
Utilisateur : G

feuille de soins pharmacie 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)

4 0 3 6 9
date 2 8 0 8 2 0 2 3

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 **MASSOUN KATAR**

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

numéro d'immatriculation

date de naissance

2 2 0 4 2 0 0 5

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

nom et prénom **MASSOUN KATAR**

(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)

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

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

PHARMACIE ZERBIB-SCHNEEBERG

21 RUE DE POMMARD

75012 PARIS 12E ARRONDISSEMENT

Tél : 01 53 33 0102

10000070630

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

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 **TAZI OTMAN**

identifiant

raison sociale

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

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

2 8 0 8 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 "A"
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

tarification détaillée

Registre	Qté CIP / LPP	Libellé	Code	Remb.	%	Hono.	P.U.	TOTAL	Exo	Finloc
	8 1190296	AUTOCONTROLE DU GLUCOSE INTERSTITIEL, 1 CAPTEUR, ABBMAD		40,00			40,00	320,00	0	

imprimer les codes à barres

ou coller les étiquettes de la liste

des produits et prestations

dans l'ordre de la prescription

PAIEMENT

Montant primaire : 0,00

MONTANT TOTAL
en euros

3 2 0 0 0

Montant mutuelle : 0,00

Montant assuré : 320,00

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

Pharmacie du Parc

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

signature du pharmacien
ou du fournisseur

Sophie ZERBIB
21, rue Pommard
75012 PARIS

signature de
l'assuré(e)

impossibilité
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de peines 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 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.

UCANSS - PARAGON CC - 20AC27 - 05/2022 - 20181842 - FSPHF 10-2014 S3115h

Docteur Otman TAZI

Ancien Médecin Interne des Hôpitaux de Toulouse-France au Service
d'Endocrinologie et Maladies Métaboliques

Diplôme en Pathologie Hypothalamo Hypophysaire

Diplôme en Diabétologie

Diplôme en Nutrition Appliquée

Capacité de Traitement par Pompe à Insuline

Diplôme en Echographie

Holter Glycemique

Casablanca le, 12/07/2023

Melle MASSOUN Kawtar

Capteurs pour FreeStyle 2

2 capteurs par mois (pendant 03 mois)

Docteur Otman TAZI
Endocrinologie - Diabétologie
Nutrition
293 Bd. Abdelmoumen, Imm. Marjana,
2ème Etage, Appt. N°4 - Casablanca
Tél : 05 22 86 56 34 - 05 22 86 56 34

well & well
Pharmacie du Parc
Sophie ZERRIB
21, rue Pommaré
75012 PARIS
Tél.: 01.53.33.01.02
75 2 03953 7
le 28/08/2023

PHARMACIE ZERBIB-SCHNEEBERG
 MASSOUM KATAR
 21 RUE DE POMMARD
 75012 PARIS 12E ARRONDISSEMENT
 Tel : 01 53 33 0102
 TAZI OTMAN
 22/04/2005
 N : 752039537
 Prescrit : 28/08/2023
 RD :
 Delivery : 28/08/23
 N FS: 40369
 Ut: 1: 6
 RC:
 8 x 3664592000106 FREESTYLE LIBRE 2 Capteur
 BR 40,00 0 %HD 0,00 PU 40,00
 RD 0,00 E RC 0,00 E Ass 320,00 E Total 320,00 E

ORIGINAL

PHARMACIE ZERBIB-SCHNEEBERG

21 RUE DE POMMARD
75012 PARIS 12E ARRONDISSEMENT
France
Tel : 01 53 33 0102
Fax :
Email : lapharmacieduparc@orange.fr

MASSOUN KATAR - 118460

*
* *

MASSOUN KATAR - Délivrance sur ordonnance - Ticket 2023058986 du 28/08/2023

Code	Désignation	Qté	Prix TTC unitaire	Prix HT unitaire	% remise	Montant Total HT	Taux TVA
3664592000106	FREESTYLE LIBRE 2 Capteur	8	40,00	37,915	0,00 %	303,318	5,50 %

Nombre de lignes : 1

Solde de votre compte : 0,00 €

Taux TVA	Base HT	Remise globale	Frais de livraison	HT Net	Montant TVA	Montant TTC
5,50 %	303,32			303,32	16,68	320,00 €

Règlements

Espèces 320,00 €

well5well
Pharmacie du Parc
Sophie Zerbib
21, rue Pommard
75012 PARIS
Tel. : 01.53.33.01.02
75 2 03953 7

Acquittée

Montant total HT 303,32 €
Montant total TVA 16,68 €
Montant total TTC 320,00 €

Net à payer	320,00 €
Date d'échéance	28/08/2023

dont éco-taxes 0,80 €

Aucun escompte ne sera pratiqué pour paiement comptant ou anticipé. Conformément à la loi 92-1442 du 31 décembre 1992, relative au délai de paiement entre les entreprises, tout retard de paiement total ou partiel à l'échéance indiquée sur la facture entraînera l'application de pénalités et ce, sans qu'un rappel soit nécessaire. Ces pénalités seront facturées à un montant forfaitaire de 40 €.