

## 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

- 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


N° M21- 0061801

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 896 Société : AT  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BELRHITI ALAADI M'Hamed  
 Date de naissance : 02/01/43  
 Adresse : 5 Rue MOHAMED EL CASABLANCA  
 Tél. : 06 66 76 11 13 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 15 SEP 2023  
 Nom et prénom du malade : BELRHITI ALAADI M'Hamed Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Tremblement  
 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.

à : Casablanca Le : 15/09/2023  
 Adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
15 SEP. 2023	02		300,914	Dr. A.F. EL KHALIL NEUROLOGUE Résidence Les Fleurs 59, Bd. Zekroun - Casa

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
2260 Pharmacie FOUCAULT 15/09/2023 15/09/2023 15/09/2023	15/09/2023	82,60 82,60 497,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Pharmacie FOUCAULT 64, rue de Tocqueville 75017 PARIS Tél.: 01 43 80 13 40 Fax: 01 43 80 95 24			35,55€

# 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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS																						
			DATE DU DEVIS																						
		DATE DE L'EXECUTION																							

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. EL KHALIDY A. FARID**  
**NEUROLOGUE**

Ancien Maitre Assistant  
au CHU Ibn Rochd - Casablanca

" Résidence les Fleurs "  
59. Bd. Zerktouni - CASABLANCA

Tél. { 05 22 20 19 63  
05 22 27 91 37

**الدكتور الخالدي احمد فريد**

اختصاصي في امراض الجهاز العصبي والعضلات

أستاذ مساعد سابقا بالمركز الصحي الجامعي  
إبن رشد بالبيضاء

« إقامة الزهور »

59. شارع الزرقتوني - الدار البيضاء

الهاتف { 05 22 20 19 63  
05 22 27 91 37

Casablanca, le : 1.5 SEP. 2023

*A. Belkhir*  
*Aloui*  
*Aloui*

*20387*

*Topinmate 25*

*22,60*

*22,60*

*22,60 x 22*

**Pharmacie FOUCAULT**  
27, Rue Moussa Bnou Moussair  
Gauthier - Casablanca  
Tél : 05 22 26 42 12



**PHARMACIE ZIMA**  
27, Rue Ahmed KADMRI  
Cité Plateau Lycée Al Waha  
Tél : 022.99.43.95 - Casa

**Dr. A. EL KHALIDY**  
NEUROLOGUE  
Résidence Les Fleurs  
59. Bd. Zerktouni - Ca

*au ou 4*  
*437,20*

TOPIRAMATE GT® 25 mg  
10 Comprimés pelliculés



6118001380053

Lot: AC0423D  
Per: 03/2026  
PPV: 22DH60.



x 22 ←  
Ged

ESOS 9.12.11



**Dr. EL KHALIDY A. FARID**  
**NEUROLOGUE**

Ancien Maître Assistant  
au CHU Ibn Rochd - Casablanca

“ Résidence les Fleurs “  
59. Bd. Zerktouni - CASABLANCA

Tél. { 05 22 20 19 63  
05 22 27 91 37 }

**الدكتور الخالدي احمد فريد**

اختصاصي في امراض الجهاز العصبي والعضلات

أستاذ مساعد سابقا بالمركز الصحي الجامعي  
إبن رشد بالبيضاء

« إقامة الزهور »

59 . شارع الزرقطوني - الدار البيضاء

{ 05 22 20 19 63  
05 22 27 91 37 } الهاتف

Casablanca, le : ..... 1.5 SEP. 2023 .....

Dr. El Khalidy A. Farid  
Abou  
Thames

Myssoline

1/2 S + 2/1

PHARMACIE DE TOCQUEVILLE  
64, rue de Tocqueville  
75017 PARIS

Tél. : 01 43 80 13 40  
Fax : 01 43 80 95 24

75 2 03869 5

Dr. A. EL KHALIDY  
NEUROLOGUE  
Résidence Les Fleurs  
59. Bd. Zerktouni - Ca



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)

date J J M M A A A A 860408 28092023

## 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

BELGHITI Mohamed

(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 1

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 dispense d'avance des frais  
(à remplir par le pharmacien ou  
le fournisseur)

## ADRESSE de L'ASSURE(E)

rue de levis 75017 PARIS

## IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

WUHLIN - CHARBONNEL .

10000262153  
PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

SOCIETE PHARMACIE DE TOCQUEVILLE  
64 rue de Tocqueville  
75017 PARIS  
752038695

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé

## IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom

MEDECIN Etranger

identifiant

raison sociale

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

751999996

## CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

15092023

date de l'accord préalable (le cas échéant)

J J M M A A A A

XX 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

XX

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

## PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarif	Prescription	OT/Ref.	LPP(Ut)	Homeo	Decon-	Qte	PU	Mt Fact	Libelle	Nb btes	Mod.	Indic.	Date	Date
					c. lab	ditation.				utili.	presc	Subst.	debut	loc fin loc
PH2	3400930698259					4	7,74	30,96	MYSOLINE 250MG CPR SEC					
HD2						4	1,02	4,08	Honor. dispens. HD2					
HDR						1	0,51	0,51	Honor. dispens. HDR					

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

## PAIEMENT

3 5 , 5 5

MONTANT TOTAL  
en euros

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

WUHLIN - CHARBONNEL .

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 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.

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



0 SOCIETE PHARMACIE DE TOCQUEVILLE  
au capital social de 0 euros  
. WUHLIN - CHARBONNEL  
64 rue de Tocqueville  
75017 PARIS  
FRANCE  
Tel: 0143801340 Fax: 0143809524  
N° SIRET : 79174316400018 - N° SIREN : 000000000  
TVA Intracommunautaire : FR10791743164  
RCS : 791743164 - Ville de greffe : 0  
Code NAF/APE: 4773Z

**FACTURE**

N°5325/860408

Du 28/09/2023

Date de l'échéance 29/09/2023

BELGHITI Mohamed  
rue de levis  
75017 PAIRS  
FRANCE

Prescripteur : MEDECIN Etranger  
N° AM : 751999996  
Opérateur: FRANCOISE C

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
MYSOLINE 250MG CPR SECABLE 50 3400930698259 N° Ordonnancier : 653073	PH2	0	4	7,581	2,10%	30,32
Honor. dispens. HD2	HD2	0	4	0,999	2,10%	4,00
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
34,82	2,1% (4)	0,73	35,55
Total HT		Total TVA	Total TTC
34,82		0,73	35,55

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	35,55

Reste dû	35,55
----------	-------

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