

## 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.

N° W21-799383

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : <b>6884</b>	Société : <b>183000</b>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre
Nom & Prénom : <b>Benyelloue Soumnia Augia</b>		
Date de naissance :		
Adresse :		
..... <b>0661086153</b>		
Tél. : <b>0661390669</b>	Total des frais engagés : <b>196,36 Euros</b>	
Cadre réservé au Médecin <b>Dr Houda KADIRI MEROUAR</b>		
Spécialiste en Rhumatologie		
Angle Bd Abdelmounen et Rue Souhaya		
Résidence Shehzade 3, 1 <sup>re</sup> Etage N° 3 - Casablanca		
Tél. : 0522 98 03 70 / 98 05 70 - Gsm : 05 158 98 01		
Cachet du médecin :		
<b>19/12/2013</b>		
Date de consultation :	<b>19/12/2013</b>	
Nom et prénom du malade :	<b>Benyelloue Soumnia Augia</b>	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	<b>Affection rhumato-dg</b>	
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 : **Angl. Bd Abdelmounen et Rue Souhaya**  
Signature de l'adhérent(e) : **INPE : 091082/60000077**  
Le : **/ /**



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
19/2/2023	DS	AMG	1082768	INP 001697860000077 I.C.E: 001697860000077

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmavance Ménilmontant</b> 16 bd Ménilmontant 75010 Paris T : 01 47 97 38 62 - Fax : 01 42 54 59 61 menilmontant@pharmavance.fr 762640134	12/09/12	194,36 €

Dr. Houda Kadiri Mekouar

SPÉCIALISTE EN RHUMATOLOGIE  
MALADIE DES OS ET DES ARTICULATIONS

الدكتورة هدى القادري مكوار

متخصصة في أمراض المفاصل (الروماتيزم)  
و العظام

Casablanca, le

11/9/2023.

Houe Beujeilloui Boumni  
Boumni

Aclasto Smf

per seymni

I.C.E: 001697860000077  
INPE: 091082768

Dr Houda KADIRI MEKOUEAR  
Spécialiste en Rhumatologie

Angle Bd Abdelmoumen et Rue Soumaya  
Résidence Sherazade 3<sup>rd</sup> Etage N° 3 - Casablanca  
Tel.: 0522 98 02 39 / 98 03 28 - Gsm: 0651 58 98 05

Pharmavance Ménilmontant  
46 bd Menilmontant 75020 Paris  
Tél. 01 47 97 38 62 - Fax 01 42 54 53  
menilmontant@pharmavance.fr  
752040154

زاوية شارع عبد المؤمن وزنقة سومية، إقامة شهزاد III، الطابق الأول رقم 3 الدار البيضاء - الهاتف: 0651 58 98 05 / 0522 98 02 39/98 03 28  
Angle Bd. Abdelmoumen et rue Soumaya, Résidence Sherazade III, 1<sup>st</sup> Etage, N°3 - Casablanca - Tél : 0522 98 02 39/98 03 28 / 0651 58 98 05



03 2024  
AAP0525  
LOT

SN 10797074877511

PC: 03400936587113

  
**Aclasta® 5 mg**

solution pour perfusion

acide zolédonique

Voie intraveineuse

1 flacon de 100 ml

 NOVARTIS



PHARMAVANCE MENILMONTANT  
Mme LATOUR  
75 2 04015 4  
46 bd De Menilmontant  
75020 PARIS  
Tel:  
Ordonnance: 12/09/23  
Dejvrance: 12/09/23  
Vendeur: RP

Facture no : 412945  
Malade :ETRANGER  
53967  
1 rue de Menilmontant  
75020 PARIS  
Medecin:ETRANGER

Qte---P.unit-Cip-----Designation-----Base---Hon.--taux---Ordo--  
1 189.26 3400936587113 ACLASTA 5MG/100ML P/PERF IV FL 1 129.63 1.02 65% 000688844  
HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE 0.51 65%  
HONORAIRE MEDICAMENT SPECIFIQUE 3.57 65%

---

TOTAL GENERAL: 194.36 TOTAL ASSURE: 194.36  
TOTAL R.O.: 0.00  
TOTAL R.C.:

COPIE CONFORME A L'ORIGINAL