

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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.

Biologie 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.

éducation :

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 canalaire, 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 canalaire.

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

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

Nº P19-0049590

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

1927

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AZFI SAID

Date de naissance :

12/11/62

Adresse :

595 Bd EL QUODS, AIN CHOUA
CASA 20460

Tél. :

0661667884

Total des frais engagés : 517,41 € + 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

30/06/2018

Nom et prénom du malade :

MOHAMED BOHIS

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Thrombocythémie essentielle

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 : 10/07/20

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
30.06.2010			300,00	Dr. SABRI LAFAL Professeur Agéogée Hématologie - Oncologie CLINIQUE AL MADINA Tél: 05 22 77 77 40 à 40 Gsm: 06 62 58 22 07

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES MIROIRS 303 ALL DU DRAGON 91000 EVRY TEL 01 60 7 50 4 812 3331	le 01/07/2020	€ 517,41 Euros

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

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 canalaires, ainsi que le bilan

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Saadia ZAFAD

Professeur Agrégée
Hématologie Clinique
Adultes - Enfants
Oncologie Pédiatrique
Greffé de Moelle

الدكتورة السعدية زفاص

أستاذة مبرزة

أمراض الدم
البالغين والأطفال
سرطان الطفل
زراعة النخاع

Casablanca, Le : 30 juin 2020

Mme MONSSEF Bahia

ANAGRELIDE 0,5 MG

3 boites



LOT:
R002
EXP:
13/2024
PC: 03400930130001
SN: 62147811524533

A barcode is also present.

Dr. Saadia ZAFAD
Professeur Agrégée
Hématologie - Oncologie
CLINIQUE AL MADINA
Tél: 05 22 77 77 40 à 49
Fax: 05 22 58 22 07



feuille de soins
pharmacien ou fournisseur

numéro de facture (facultatif)

1 2 8 0 7 3

0 1 0 7 2 0 2 0

date

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

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 MONSSEF

Bahia

(24445)

(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

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

Vd:4

ADRESSE de L'ASSURE(E)

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

MR FATHALLA

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

PHARMACIE DES MIROIRS
303 Square de dragon
91000 EVRY
91 2 01333 1

Tel: 0160775034

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom SUD FRANCILien

raison sociale

identifiant

1 0 0 0 5 1 8 6 5 3 0

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

9 1 0 0 0 2 7 7 3

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

date de l'accord préalable (le cas échéant)

MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1
(cf. la notice au verso : § précédé de "*" et les recommandations importantes)

accident causé par un tiers : non

oui

date

J J M M A A A A

AT/MP		numéro		PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES				ou		date		J J M M A A A A		
Code	tarification détaillée	Code	Top	Base				Nb	Mode	Indic.	Date	Date		
Acte	Cip/Lpp	Labo	Decond.	Qte	Rembt	Mt factu.	Libelle	Btes	Presc.	Substi.	Deb loc	Fin loc		
PH1	34009 3013000 1			3	170,09	510,27	ANAGRELIDE 0,5MG BIOGA							
HD1				3	1,02	3,06	Honoraire de dispensat							
HDR				1	0,51	0,51	HONORAIRE MEDICAMENT R							
HDE				1	3,57	3,57	HONORAIRE MEDICAMENT S							

imprimer les codes à barres

ou coller les étiquettes de la liste

des produits et prestations

dans l'ordre de la prescription

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros

5 1 7 4 1

Part ASS.: 517,41

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

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

signature du pharmacien
ou du fournisseursignature 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, 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.



PHARMACIE DES MIROIRS
MR FATHALLA
303 Square de dragon
91000 EVRY
France

N° SIREN : 752772525
 N° TVA intracommunautaire : FR014338255770001
 Code NAF : 7010Z

N° téléphone : 0160775034

MONSSEF Bahia

91000 ÉVRY
 France

Tél. :

Caisse : 01 Opérateur n° 4 4

Facture n° 66109 du 01/07/2020 - vente n° 120070100050 - FSE n° 128073

Code	Désignation	Qté	P.U.HT	Montant Net HT	Taux TVA	Net TTC
34009 3013000 1	ANAGRELIDE 0,5MG BIOGARAN GELU 100	3	166,592	499,77	2,10	510,27
HDR	HONORAIRE DE DISPENSATION	3	0,999	3,00	2,10	3,06
HDE	HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE	1	0,500	0,50	2,10	0,51
	HONORAIRE MEDICAMENT SPECIFIQUE	1	3,497	3,50	2,10	3,57
Totaux		3		506,77 €		517,41 €

Banque:
 IBAN:

Part principale		Part assuré	517,41
Part complémentaire			

Taux de TVA	Net HT	Montant TVA	Montant TTC
2,10	506,77	10,64	517,41
Totaux	506,77	10,64	517,41

Net à payer	517,41
--------------------	---------------

Membre d'une association agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté

Réglée en CARTE BANCAIRE, date d'échéance : 01/07/2020.

Indemnité forfaitaire pour frais de recouvrement en cas de paiement à une date ultérieure à celle figurant sur la facture : 40 €. Si les frais de recouvrement sont supérieurs à ce montant, une indemnisation complémentaire sera due, sur présentation des justificatifs.

PHARMACIE DES MIROIRS
 303 ALL DU DRAGON
 91000 EVRY
 TEL : 01 60 77 50 34
 91 20 13 331

PHARMACIE DES MIROIRS
MR FATHALLA
303 Square de dragon
91000 EVRY
France

Siren 752772525
TVA intra FR014338255770001
Code NAF 7010Z
Tel 0160775034
Finess 91 2 01333 1

Ticket no 66109
4 4
Le 01/07/2020 16:40:01 Caisse 01
n° FSE 128073

24445 Bahia MONSSEF

Code Produit	Qté x Prix TTC	Mt TTC
ANAGRELIDE 0,5MG BIOGARAN GELU 100 3400930130001	3 x 171,11	513,33
HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE		
HDR		0,51
HONORAIRE MEDICAMENT SPECIFIQUE		
HDE		3,57
Total TTC en EUROS :		517,41

Nombre d'articles : 3
Dont honoraires de dispensation : 7,14

Mt HT	Taux TVA	Mt TTC
506,77	2,10	517,41

Règlement en CARTE BANCAIRE : 517,41