

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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 actas 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.

endocrinologie 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 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 caractére personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº P19-0049586
NDZ 91125

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *04927*

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ARFI SAID.

Date de naissance :

12/11/1962

Adresse :

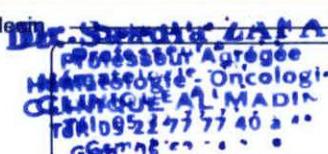
*595, Bd EL QUOTS, OULED TALEB, AIN CHOUA
CASABLANCA 20450.*

Tél. : *0661667884*

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

11/12/2019

Nom et prénom du malade : *MONSSEF BAHIA* Age : *52*

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 fournis sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à *C. AXESLON CPT*

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS

13 FEV 2020

ACCUEIL

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
11/01/2018	Consultation	1	3000	Dr. Saâdia ZAF Professeur Agrégée Hématologie - Oncologie CLINIQUE AL MADIN Tél: 05 22 77 77 40 à 49 GSM: 06 77 66 77 0

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES MIROIRS 03 AIL DU DRAGON 11000 EVRY TEL 01 60 77 50 34 91 201 3331	04-02-20	62.18 €

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F		DETERMINATION DU COEFFICIENT		

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
	B

[Création, remont, adjonction]

ctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

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 :

11 décembre 2019

Mme MONSSEF Bahia

HYDREA 500 MG GELULE

3 gel/j x 3 mois

J.S. Saadia ZAFAD
Professeur Agrégée
Hématologie & Oncologie
CLINIQUE AL MADINA
Tél: 05 22 77 77 40 à 49

PHARMACIE DES MIROIRS
MR FATHALLA
91 2 01333 1
303 Square de dragon
91000 EVRY
Tel: 0160775034
Ordonnance: 09/02/20
Delivrance: 09/02/20
Vendeur: 4

Facture no : 113726
Date de remise :
24440 19022020
Medecin/Chirurgien :
Hedelin/CHIR FRANCOISE
310002775

Qte---P.unit-Désignation-----
10 4,75 3400330312660 HYDRO CAFÉ SONGE 20
MONOMAIRE MÉDICAMENT RÉTROGRADE
MONOMAIRE MÉDICAMENT GÉLULE 1000

-base - HOU - VACUUM - 0,00--
1,25 1,02 1000,00000000
0,91 0,76
0,07 0,07

TOTAL GENERAL: 62,16 TOTAL ASSURÉ: 62,16
TOTAL R.D.:
TOTAL R.C.:

COPIE CONFORME A L'ORIGINAL

PHARMACIE DES MIROIRS
303 ALL DU DRAGON
91000 EVRY
TEL : 01 60 77 50 34
91 2 013331

**feuille de soins
pharmacien ou fournisseur****PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)**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

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)

Vd:4

ADRESSE de L'ASSURE(E)**IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR**

MR FATHALLA

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 PRESCRIPEUR 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 0n° 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

1 1 1 2 2 0 1 9

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

AT/MP

numéro

ou

date

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES**tarification détaillée**

Code	Cip/Ipp	Labo	Top	Decond.	Qte	Rembt	Mt factu.	Libelle	Nb	Mode	Indic.	Date	Date
									Btes	Presc.	Substi.	Deb loc	Fin loc
Acte													
PH1	34009 3051268 5				10	4,79	47,90	HYDREA CAPS 500MG 20					
HD1					10	1,02	10,20	Honoraire de dispensat					
HDR					1	0,51	0,51	HONORAIRE MEDICAMENT R					
HDE					1	3,57	3,57	HONORAIRE MEDICAMENT S					

PAIEMENT**MONTANT TOTAL
en euros****6 2 1 8**

Part ASS.: 62,18

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 fournisseurPHARMACIE DES MIROIRS
303 ALL DU DRAGON
91000 EVRY
MR FATHALLA
TEL : 01 60 77 50 34signature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

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

FACT. SUBRO. NO : 119726

ASSURE
MONSSEF Bahia

PRESCRIPTEUR :

SUD FRANCILIEN

910002773

ORD. DU : 11 DEC 2019

BENEFICIAIRE : 24445

Bahia

Ne le : 00.00.00

P.U Acte 15% 35%

F.O. Acte 15% 35% 65% 100% N.R.

10 x 5,81 0

58,10

TOTAUX : 0,00 0,00 0,00 58,10 0,00 = 62,18

PAYE PAR L'ASSURE ; 62,18

----- REMB. RO:

----- REMB. RC:

PHARMACIE DES MIROIRS

91 2 01333 1

303 Square de dragon

91000 EVRY

Je reconnais avoir recu les produits
detailles ci-dessus. Nb: 10

le, 04 FEV 2020

4

PHARMACIE DES MIROIRS
303 ALL DU DRAGON
91000 EVRY
TEL : 01 60 77 50 34
91 2013331

PC

SN

Lot

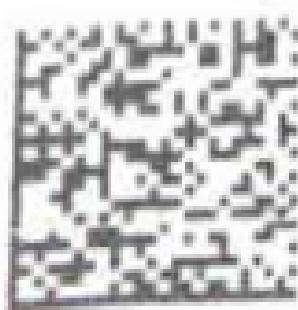
EXP

03400930512685

1021604897663

9K06346

09-2021



PC

SN

Lot

EXP

03400930512685

1021604897663

9K06346

09-2021



PC

SN

Lot

EXP

03400930512685

1021604897663

9K06346

09-2021



PC

SN

Lot

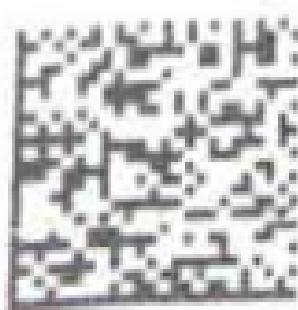
EXP

03400930512685

1021604897663

9K06346

09-2021



PC

SN

Lot

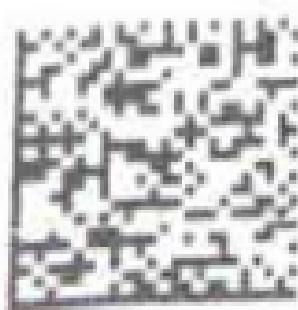
EXP

03400930512685

1021604897663

9K06346

09-2021



PC

SN

Lot

EXP

03400930512685

1021604897663

9K06346

09-2021



PC

SN

Lot

EXP

03400930512685

1021604897663

9K06346

09-2021



PC

SN

Lot

EXP

03400930512685

1021604897663

9K06346

09-2021



PC

SN

Lot

EXP

03400930512685

1021604897663

9K06346

09-2021



PC

SN

Lot

EXP

03400930512685

1021604897663

9K06346

09-2021

