

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

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° P19-0049586

ND= 21125

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04927 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ARIEL SAID

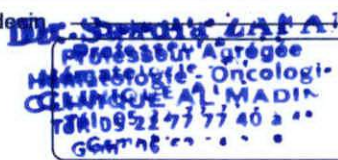
Date de naissance : 12/11/1962

Adresse : 595, Bd EL QUOHS, OULETAL, ANCHOU 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 : MONSIEUR 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 portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

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
				Dr. Saadia Zaf Professeur Agrégé Hématologie - Oncologie CLINIQUE AL MADIN Tél: 05 22 77 77 40 à 49 Gsm: 06 22 77 77 40

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES MIROIRS 3 AIL DU DRAGON 1000 EVRY TEL 01 60 77 50 34 91 2013331	04-02-20	62.18 €

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

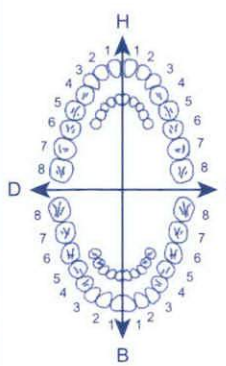
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

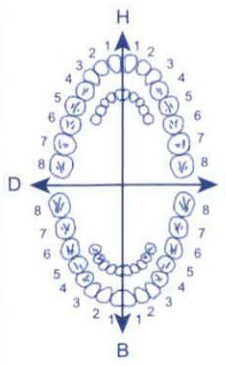
Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

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

	<div> <div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D 00000000 G 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>B</div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX
		MONTANTS DES SOINS
		DATE DU DEVIS
		DATE DE L'EXECUTION

(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

Dr. Saadia ZAFAD

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

الدكتورة السعدية زفاض

أستاذة مبرزة
أمراض الدم
البالغين و الأطفال
سرطان الطفل
زراعة النخاع

Casablanca, Le :

11 décembre 2019

Mme MONSSEF Bahia

HYDREA 500 MG GELULE

3 gel/j x 3 mois

Dr. Saadia ZAFAD
Professeur Agrégée
Hématologie - Oncologie
CLINIQUE AL MADINA
Tél: 05 22 77 77 40 à 49
05 22 23 06 66

PHARMACIE DES MIROIRS
MR FATHALLA
91 2 01333 1
303 Square de dragon
91000 EVRY
Tel: 0160775034
Ordonnance: 04/02/20
Delivrance: 04/02/20
Vendeur: 4

Facture no: 119726
Malade: M. MOUSSET
24443
Medecin: M. FRANKELSON
310002775

Qte	P. unit	Cip	Designation	Base	Rem.	Ca	Br
10	4,73	34009300312685	HYDREA CAPS 500MG 20	4,73	1,02	1000	0000000000
			HONORAIRES MEDICAMENT REMBOURSEABLE		0,01	00	
			HONORAIRES MEDICAMENT SPECIALISE		0,01	00	

TOTAL GENERAL: 62,16 TOTAL ASSURE: 62,16
TOTAL R.O.:
TOTAL R.C.:

COPIE CONFORME A L'ORIGINAL

PHARMACIE DES MIROIRS
303 AIL DU DRAGON
91000 EVRY
TEL: 01 60 77 50 34
91 2 01 33 31

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

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

Vd:4

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

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

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 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, FINESSE 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)

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

AT/MP

numéro

ou

date

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée

Code	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 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					

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

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 fournisseur

PHARMACIE DES MIROIRS
303 ALL DU DRAGON
91000 EVRY
TEL: 0160775034
91 2 01333 1

signature de
l'assuré(e)

impossibilité
de signer

FACT. SUBRO. No : 119726
ASSURE
MONSSEF Bahia

PRESCRIPTEUR :

SUD FRANCILIEN
910002773
ORD. DU : 11 DEC 2019

BENEFICIAIRE : 24445
MONSSEF Bahia Ne le : 00.00.00
P.U 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:					0,00
	-----	REMB. RC:					0,00

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

le, 04 FEV 2020

Je reconnais avoir reçu les produits
detaillés ci-dessus. Nb: 10

4

PHARMACIE DES MIROIRS
303 ALL DU DRAGON
91000 EVRY
TEL : 01 60 77 50 34
91 2 01 33 31

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

