

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.

Pathologie 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.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 068777

67259

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2188 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : DYAE EL MOSTAFA
Date de naissance : 02/01/46
Adresse : HABITUELLE
Tél. : 0666965745 Total des frais engagés : 975,13 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 29/03/2024
Nom et prénom du malade : DYAE EL MOSTAFA Age : 75
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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 Le : 19/03/24

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
10/03/2021				Dr. ANTAOUI EL ARABIANI Ophthalmologiste 200, Bd. Panoramique Rés. Panoramique II Tél: 05.22.21.17.00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
SELARL PHARMACIE DU PARC Dr A. ZAHIR Résidence du Parc - Rue de Paris 2 square des Coteaux - 95130 FRANCONVILLE Tél: 01 34 13 23 88 - N° Finess: 952700334	10/03/21	91,39 Euros Soit 975,13 DH

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

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 style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(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. TANTAOUI EL ARAKI Asmaa

spécialiste des maladies et chirurgie des yeux



Ophthalmologiste

Chirurgie de la cataracte - Glaucome

Strabisme - Laser - Angiographie

Lentilles de contact

الدكتورة الطنطوي العراقية أسماء

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الجلالة - الزرق (طنسيون)

الحول - الليزر - تخطيط أوعية الشبكية

العدسات اللاصقة

Casablanca, le : 19/03/2021

DYAE EL MOSTATA.

1/ Kataraku dy laser 4 piece
2/ Lacrifluo dy 4 piece

SELARL PHARMACIE DU PARC

Dr A. ZAHIR

Résidence du Parc - Rue de Paris

2 square des Goleaux - 95130 FRANCONVILLE

Tél: 01 34 13 23 88 - N° Finess: 952700334

Dr. TANTAOUI EL ARAKI Asmaa
Ophthalmologiste
203, Bd. Panoramique Res. Panoramique II
25 22 21 17 00

الرقم 203، تقاطع شارع المنظر العام وشارع 2 مارس إقامة المنظر العام 2 الطابق الأول شقة رقم 18 - الدار البيضاء

203, Bd. Panoramique (angle av. 2 Mars) Résidence Panoramique II, 1^{er} étage, N° 18 - Casablanca

Tél/Fax : 05 22 21 17 00 - e-mail : ophta.panoramique@gmail.com

PHARMACIE DU PARC
2 SQUARE DES COTEAUX
95130 FRANCONVILLE
952700334
Tel : 0134132388
INSEE: 269099938008958
1 avenue des bois
01 951 9579 CPAM 951

Fact. Num. : 133711
Date Fact. : 19/03/2021
Date Ord. : 19/03/2021
Medecin: ETRANGER Etranger
Code Op: 3
Malade: DYAE TOURYA
95130 FRANCONVILLE
BERGY PONTAISE

QTE	DESIGNATION	Prix	BaseSS	HD	TxSS	
2	XALATAN 50MG/ML	3400934384127	15,18	-	1,02	0
	COLLY F2,5ML3	Dus: 1	Ordre: 205530	Lot: EH5073		
4	LACRIFLUID 0,13%	3400937689021	5,50	-	1,02	0
	CY UNIDOS 60			Lot: 553		
1	Honor. dispens.		0,51	-		0
	HDR					

MONTANT TOTAL : 58,99
MONTANT AMC : 0,00
MONTANT AMO : 0,00
MONTANT ASSURE : 58,99
Ces montants s'entendent ayant application, le cas échéant, de la franchise prévue à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale et indiquée sur le relevé de prestations.

PHARMACIE DU PARC
2 SQUARE DES COTEAUX
95130 FRANCONVILLE
952700334
Tel : 0134132388
INSEE: 269099938008958
Medecin: ETRANGER Etranger
Code Op: 3
Malade: DYAE EIMOSTAFA
95130 FRANCONVILLE

Fact. Num. : 133850
Date Fact. : 20/03/2021
Date Ord. : 19/03/2021

QTE	DESIGNATION	Prix	BaseSS	HD	TxSS	
2	XALATAN 50MG/ML	3400934384127	15,18	-	1,02	0
	COLLY F2,5ML3	Dus: 3	Ordre: 205693	Lot: EH5073		
4	LACRIFLUID 0,13%	3400937689021	5,50	-	1,02	0
	CY UNIDOS 60			Lot: 539		
1	Honor. dispens.		0,51	-		0
	HDR					

MONTANT TOTAL : 91,39
MONTANT AMC : 0,00
MONTANT AMO : 0,00
MONTANT ASSURE : 91,39

Ces montants s'entendent ayant application, le cas échéant, de la franchise prévue à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale et indiquée sur le relevé de prestations.



N° 11389*05

joindre la prescription
sauf si renouvellementfeuille de soins
pharmacien ou fournisseurArt. 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)

133850

date J J M M 2003 2021

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 DYAE Elmostafa

(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

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le pharmacien ou
le fournisseur)

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

ADRESSE de L'ASSURE(E)

95130 FRANCONVILLE

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

M. ZAHIR

PHARMACIE DU PARC
2 SQUARE DES COTEAUX
95130 FRANCONVILLE
952700334

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 ETRANGER Etranger

identifiant

raison sociale

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

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale 19032021

A A A A

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)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non XX

oui

date

J J M M A A A A

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

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée

Prest	CIP/Ref.LPP(Ut)	Homeo Decon- Qte c.lab dition.	PU	Mt Fact	Libelle	Nb btes Mod.	Indic.	Date	Date
						utili.	presc Subst.	debut loc	fin loc
PH7	3400934384127	4	15,18	60,72	XALATAN 50MCG/ML COLLY				
HD7		4	1,02	4,08	Honor. dispens. HD7				
PH7	3400937689021	4	5,50	22,00	LACRIFLUID 0,13% CY UN				
HD7		4	1,02	4,08	Honor. dispens. HD7				
HDR		1	0,51	0,51	Honor. dispens. HDR				

imprimer les codes à barres
ou coller les étiquettes de la liste

SELARL PHARMACIE DU PARC

Dr A. ZAHIR

Résidence du Parc - Rue de Paris

2 square des Coteaux - 95130 FRANCONVILLE

Tél: 01 34 13 23 88 - N° Finess: 952700334

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros

9 1 , 3 9

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

M. ZAHIR

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, 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.

quelques conseils pour remplir votre feuille de soins

Le bon remplissage de votre feuille de soins est la garantie de votre remboursement par l'assurance maladie.

La première information à donner concerne **la personne recevant les soins et l'assuré(e)** :

Si vous ne payez pas votre pharmacien ou votre fournisseur, celui-ci remplira l'ensemble de cette rubrique, sur présentation de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne.

Si vous payez votre pharmacien ou votre fournisseur, celui-ci indiquera uniquement vos nom et prénom, dans la zone prévue, selon vos indications ou au vu des informations portées dans votre carte Vitale ou sur l'attestation papier qui l'accompagne.

Les autres zones seront remplies par vous même (*le code de l'organisme de rattachement n'est pas à préciser*).

- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous êtes **assuré(e) social(e)**, inscrivez seulement :
 - votre **numéro d'immatriculation** (en vous aidant de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne).
- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous n'êtes pas **assuré(e) social(e)**, indiquez :
 - votre **numéro d'immatriculation**,
 - ou** (si celui-ci ne vous a pas été communiqué),
 - votre **date de naissance**,
 - le **nom** et le **prénom** de l'**assuré(e) auquel (à laquelle)** vous êtes rattaché(e) et son **numéro d'immatriculation**,
- **complétez enfin cette rubrique en indiquant l'adresse de l'assuré(e).**

Toutes les autres rubriques de la feuille de soins sont à compléter par votre pharmacien ou votre fournisseur, y compris le numéro de facture qui est une zone facultative destinée à son usage.

- * Si vos soins sont dispensés au titre de l'article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, il doit le préciser dans la case prévue à cet effet.
- * Si vos soins sont en rapport avec un accident causé par un tiers, précisez-le lui ainsi que la date de cet accident. Ces renseignements doivent **obligatoirement** figurer sur la feuille de soins car ils permettent à l'assurance maladie de récupérer les frais relatifs à l'accident auprès de l'assureur concerné.
- * Si vos soins sont en rapport avec un accident du travail, dont vous avez été victime, ou avec une maladie professionnelle, présentez-lui la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle qui vous a été remise par votre employeur ou par votre organisme d'assurance maladie.

Recommandations importantes :

Le double de votre prescription médicale doit être joint à l'envoi de votre feuille de soins (sauf en cas de renouvellement, ou s'il a été joint à la demande d'accord préalable).

Prévenez votre organisme d'assurance maladie en cas de changement intervenant dans votre situation, par exemple :

- **changement de compte** bancaire, postal ou de caisse d'épargne : adressez-lui le relevé d'identité correspondant.
- **changement d'organisme** d'assurance maladie : prenez contact avec votre nouvel organisme d'assurance maladie pour le transfert de votre dossier afin de ne pas retarder le remboursement de vos soins et prestations, **n'oubliez pas** également d'indiquer votre nouvelle adresse sur la feuille de soins.

* Si le pharmacien ou le fournisseur a coché la case "SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1", la feuille de soins doit être adressée à l'organisme gestionnaire mentionné sur votre attestation de pensionné(e).

N'oubliez pas de signer votre feuille de soins.