

# 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.

## 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.

## Thérapie :

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.

Matricule : ..... 2188 ..... Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre : .....

Nom & Prénom : DYAE EL MOSTAFA

Date de naissance : 21/21/46

Adresse : HAFTIACHE

Tél. 0666965745 Total des frais engagés : 975,13 Dhs

Cachet du médecin :

Dr. TANTAOUI EL ARAKI Asma  
Ophtalmologiste  
202 Bld Panoramique Res. Panoramique II  
Tel: 05.22.21.17.00

Date de consultation : 09/03/2009

Nom et prénom du malade : DYAE EL MOSTAFA Age: 75

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

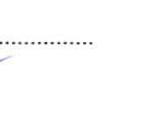
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

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 : 09/03/2009 Le : 19/03/2009

Signature de l'adhérent(e) : 

Signature de l'assureur : 

#### **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
19/03/2021		1	Chantier	ANTOUI EL ARABI Ophtalmologue Bd. Panoramique Res. Panoramique II 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° EANSS: 952700224	20/03/21	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
		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 :**

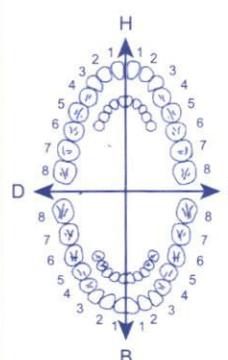
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



#### **[Création, remont, adjonction]**

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 الطنطوري العراقي اسماء**

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون  
جراحة الجلالة - الزرقاء (طنسيون)  
الحول - الليزر - تخطيط أووعية الشبكية  
العدسات اللاصقة

Casablanca, le : 19/03/2021

DYAE EL MOSTATA.

- 1) Xalatce dy lesu Hmeen'
- 2) dacryfluos dy esf Hmeen'

**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

Dr. TANTAOUI EL ARAKI Asmaa  
Ophthalmologiste  
Résidence Panoramique II  
203, Bd. Panoramique (angle av. 2 Mars) Résidence Panoramique II, 1<sup>er</sup> étage, N° 18 - Casablanca  
Tél/Fax : 05 22 21 17 00 - e-mail : ophta.panoramique@gmail.com

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<sup>er</sup> étage, N° 18 - Casablanca  
Tél/Fax : 05 22 21 17 00 - e-mail : ophta.panoramique@gmail.com

PHARMACIE DU PARC Fact. Num. : 133711  
 2 SQUARE DES COTEAUX Date Fact. : 19/07/2021  
 95130 FRANCONVILLE Date Ord. : 19/03/2021  
 952700334 Medecin: ETRANGER Etranger  
 Tel : 0134132388 Code Op: 3  
 INSEE:269099938008958 Malade:DYAE DOURYA  
 1 avenue des bois 95130 FRANCONVILLE  
 01 951 9579 CPAM 951 BERGY PONTDESE

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

MONTANT TOTAL : 58,99 MONTANT AMO : 0,00  
 MONTANT AMC : 0,00 MONTANT ASSURE : 58,99  
 Ces montants s'entendent ayant application, le cas échéant,  
 de la franchise prévue à l'article L. 323-2 du code de la  
 sécurité sociale et indiquée sur le relevé de prestations.

PHARMACIE DU PARC Fact. Num. : 133711  
 2 SQUARE DES COTEAUX Date Fact. : 20/03/2021  
 95130 FRANCONVILLE Date Ord. : 19/03/2021  
 952700334 Medecin: ETRANGER Etranger  
 Code Op: 6  
 INSEE: 0134132388 Malade:DYAE Elmostafa  
 95130 FRANCONVILLE  
 2 SQUARE DES COTEAUX  
 Date Fact. : 20/03/2021  
 Fact. Num. : 133711  
 CIP Prix/U BaseSS HD TxSS

QTE	DESIGNATION	CIP	Prix/U BaseSS	HD	TxSS
4	XALATAN 50MCG/ML	3400934384127	15,18	-	1,02
4	COLLY F2 5ML3	Duis: 3 Drds: 205530	5,50	-	1,02
4	LACRIFLUID 0,13%	3400937689021	5,50	-	1,02
1	CY UNIDOS 60			Lot: 559	
1	Honor. dispens.		0,51	-	0
	HDR				

joindre la prescription  
sauf si renouvellement**feuille de soins  
pharmacien ou fournisseur**

numéro de facture (facultatif)

133850

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

date J J M M 20032021

**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

**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

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**

M. ZAHIR

**IDENTIFICATION de la STRUCTURE**PHARMACIE DU PARC  
2 SQUARE DES COTEAUX  
95130 FRANCONVILLE  
952700334**PHARMACIEN REMPLACANT**

nom et prénom

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé

identifiant

**IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce**

nom et prénom ETRANGER Etranger

raison sociale

identifiant

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 J J M M A A A date de l'accord préalable (le cas échéant) J J M M A A A

XX **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 "\*" et les recommandations importantes)

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

AT/MP	numéro					ou		date	J J M M A A A
<b>PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES</b>									
tarification détaillée	Prest CIP/Ref.LPP(Ut)	Homeo Decon- c.lab dition.	Qte	PU	Mt Fact	Libelle	Nb btes Mod. utili.	Indic.	Date presc Subst. debut loc Date 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 PARCions**

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.**