

## 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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



## Déclaration de Maladie

N° W19-517224

88633

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6884 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Benjelloun Ravin Auguste

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/7/2021

Nom et prénom du malade : Benjelloun Ravin Auguste

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection Longue Durée

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 : 30/07/2021

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
16/7/2021	CS	200.0		

EXECUTION DES ORDONNANCES		Date	Montant de la Facture
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur			194,36€

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Houda Kadiri Mekouar

الدكتورة هدى القادري مكوار

SPÉCIALISTE EN RHUMATOLOGIE  
MALADIE DES OS ET DES ARTICULATIONS

متخصصة في أمراض المفاصل (الروماتيزم)  
والعظام

Casablanca, le 16/7/2021  
Hue Beyjellon Tourmi Anissa

A Chaste sup  
sité pour  
perfusion

Dr Houda KADIRI MEKOUAR  
Spécialiste en Rhumatologie  
Angle Bd Abdelmoumen et Rue Soumaya  
Résidence Sherazade 3, 1<sup>er</sup> Etage, N°3 - Casablanca  
Tél : 0522 98 02 39 / 98 03 28 - Gsm : 0651 58 98 05



cerfa

N° 11389\*05

joindre la prescription  
sauf si renouvellement  
Ordonnancefeuille 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)

6 2 6 4 3 7  
1 7 0 7 2 0 2 1  
date

## 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 BENJELLOM (125104)

(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

Vd:MM

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

SELARL POLENTINI

## IDENTIFICATION de la STRUCTURE

PHARMACIE EUROPEENNE

46 rue d'Antibes

06400 CANNES

06 2 05099 2

Tel: 04.93.39.05.27

## 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

MEDECIN ETRANGER

identifiant

raison sociale

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

## CONDITIONS de PRESCRIPTION de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

1 7 0 7 2 0 2 1

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

ou

date

J J M M A A A A

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES												
Code	Code	Top	Base	Nb	Mode	Indic.	Date	Date				
Acte	Cip/IPP	Labo	Decond.	Qte	Remet	Mt factur.	Libelle	Btes	Presc.	Substi.	Deb loc	Fin loc
PH7	34009	3658	711	3	1	189,26	189,26	ACLASTA 5MG/100ML P/PE				
HD7				1	1,02	1,02	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

1 9 4 , 3 6

Part ASS.: 194,36

MONTANT TOTAL  
en euros

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

SELARL POLENTINI

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 8 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 EUROPEENNE**  
**SELARL POLENTINI**  
**46 rue d'Antibes**  
**06400 CANNES**  
**France**

N° SIREN : 514770320  
 N° TVA intracommunautaire : FR65514770  
 Code NAF : 4773Z

N° téléphone : 04.93.39.05.27

BENJELLOM

06400 CANNES  
 France

Tél. :

Caisse : 01 Opérateur n° 38 MM

**Facture n° 584567 du 17/07/2021 - vente n° 121071700120 - FSE n° 626437**

Code	Désignation	Qté	P.U.HT	Montant Net HT	Taux TVA	Net TTC
34009 3658711 3	ACLASTA 5MG/100ML P/PERF IV FL 1	1	185,367	185,37	2,10	189,26
	HONORAIRE DE DISPENSATION	1	0,999	1,00	2,10	1,02
HDR	HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE	1	0,500	0,50	2,10	0,51
HDE	HONORAIRE MEDICAMENT SPECIFIQUE	1	3,497	3,50	2,10	3,57
Totaux		1		190,37 €		194,36 €

Banque: LCL
IBAN: FR52 3000 2032 3500 0011 7485 K49

Taux de TVA	Net HT	Montant TVA	Montant TTC
2,10	190,37	3,99	194,36
Totaux	190,37	3,99	<b>194,36</b>

Part principale		Part assuré	194,36
Part complémentaire			

<b>Net à payer</b>	<b>194,36</b>
--------------------	---------------

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

Réglée en ESPECES, date d'échéance : 17/07/2021

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.

Novartis Europharm Limited  
Vista Building  
Elm Park, Merrion Road  
Dublin 4  
Irlande  
EU/1/05/308/001

Chaque flacon de 100 ml contient  
5 mg d'acide zolédronique  
(monohydraté).  
Mannitol, citrate de sodium et eau  
pour préparations injectables.

Réservé à l'usage unique.

Lire la notice avant utilisation.

Tenir hors de la vue et de la  
portée des enfants.

Après ouverture : 24 heures  
entre 2°C et 8°C.

Tout médicament non utilisé  
ou déchet doit être éliminé  
conformément à la  
réglementation en vigueur.

**ACLASTA 5 mg**, solution pour perfusion  
flacon plastique de 100 ml (0,05 mg/ml)  
boîte de 1 flacon  
Médicament autorisé n° 34009 365 871 1 3

**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

Médicament nécessitant une surveillance  
particulière pendant le traitement.

**Sandoz**

49 avenue Georges Pompidou  
92593 Levallois-Perret Cedex



**ACLASTA +  
GROSSESSE =  
INTERDIT**

**Ne pas utiliser chez la femme enceinte,  
l'adolescente ou la femme en âge de  
procréer, et sans contraception efficace**

France



PC: 03400936587113  
SN 10228635239627  
Lot AAP0411  
EXP 07 2023



# Aclasta<sup>®</sup> 5 mg

solution pour perfusion

acide zolédronique

Voie intraveineuse

1 flacon de 100 ml

 NOVARTIS

