

# 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

- 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.

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : 6884

Société :  
Bennellam Trevim Ausja

Actif       Pensionné(e)       Autre :

Nom & Prénom : Bennellam Trevim Ausja

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/07/2021

Nom et prénom du malade : Bennellam Trevim Ausja

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 30/07/2021

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture .
	17 JUIL. 2021	194,36 €
06-2-05099		
Dr Houda KAUDIRI MEDICAL		
06400 CANNES		
SELARL POLENTINI		
Tél. 04 93 39 05 27 - Fax 04 92 98 17 87		

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
		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.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		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"/>												
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000		35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

Dr. Houda Kadiri Mekouar

الدكتورة هدى القادري مكوار

SPÉCIALISTE EN RHUMATOLOGIE  
MALADIE DES OS ET DES ARTICULATIONS

متخصصة في أمراض المفاصل (الروماتيزم)  
و العظام

Casablanca, le 16/11/2021  
Hme Benjelloun Boumi Anissa

A Claste Sup

3ste jour  
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

زاوية شارع عبد المؤمن وزنقة سومية، إقامة شهيرزاد III، الطابق الأول رقم 3 الدار البيضاء - الهاتف: 0651 58 98 05 / 0522 98 02 39/98 03 28  
Angle Bd. Abdelmoumen et rue Soumaya, Résidence Sherazade III, 1<sup>er</sup> Etage, N°3 - Casablanca - Tél : 0522 98 02 39/98 03 28 / 0651 58 98 05

feuille de soins  
pharmacien ou fournisseur

numéro de facture (facultatif)

6 2 6 4 3 7

1 7 0 7 2 0 2 1

date

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

## 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

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

Vd : MM

## ADRESSE de L'ASSURE(E)

## 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

MEDECIN ETRANGER

raison sociale

nom et prénom

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

## CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

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 "\*" et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non

oui

date

J J M M A A A A

AT/MP	numéro	Base	Nb	date	ou		date	Date	Date		
					Code	Code	Top	Decond.	Qte	Produits et prestations livrées	Mode
<i>tarification détaillée</i>											
PH7	34009 3658711 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)

OSMOO

SELARL POLENTINI

139 05 17 - FA 04 92

17 JUL. 2021

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 319-1 à 319-3, 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 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
HDR	HONORAIRE DE DISPENSATION	1	0,999	1,00	2,10	1,02
HDE	HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE	1	0,500	0,50	2,10	0,51
	HONORAIRE MEDICAMENT SPECIFIQUE	1	3,497	3,50	2,10	3,57
<b>Totaux</b>		<b>1</b>		<b>190,37 €</b>		<b>194,36 €</b>

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
<b>Totaux</b>	<b>190,37</b>	<b>3,99</b>	<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 zolédonique  
(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



EXP 07 2023

Lot AAP0411

SN 10228635239627

PC: 03400936587113



# Aclasta® 5 mg

solution pour perfusion

acide zolédronique

Voie intraveineuse

1 flacon de 100 ml

 NOVARTIS

