

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 canalaire, 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 canalaire.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-700685

128756

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8756

Société :

ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MR INT. EL RHALI

Date de naissance :

01/09/1968

Adresse :

Rep. WIAM, Imm 1, APP 3, OULFA, CASA

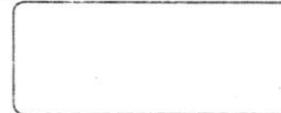
Tél. : 0663600361

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 : CASA

Le : 08.10.2022

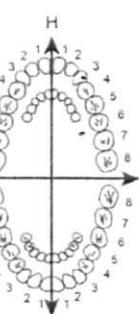
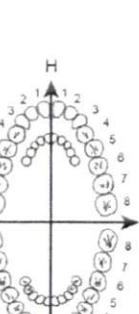
Signature de l'adhérent(e) :



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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie du Parc Sophie ZERBIB 21, rue Cormannard 75012 PARIS tél. : 01 33.33.01.02	09/06/2022	28 €14

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																					
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Treatment coefficient)	INP : <input type="text"/>																	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																	
				MONTANTS DES SOINS																	
				DÉBUT D'EXÉCUTION																	
				FIN D'EXÉCUTION																	
				ODF PROTHÉSES DENTAIRES 																	
				DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>				H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
				H	G																
				25533412	21433552																
				00000000	00000000																
D	G																				
00000000	00000000																				
35533411	11433553																				
B																					
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession																					
CŒFFICIENT DES TRAVAUX																					
MONTANTS DES SOINS																					
DATE DU DEVIS																					
DATE DE L'EXÉCUTION																					

Pr. Majida ZAHRAOUI

Spécialiste en Médecine Interne

الدكتورة مجددة الزهراوى

أستاذة كلية الطب

أخصائة في الطب الباطني

أمراض الكلب - المنظار البياني

الأمراض التعفنية - الأمراض الاستوائية

طب التغذية و علاج السمنة

Hépatologie - Endoscopie digestive
Pathologie Infectieuse et Médecine Tropicale
Nutrition et Traitement de l'Obésité



البيضاء في Casablanca, le

03/06/2021

Mme BOUHASSOUN AMAL EP MRINI

PLAQUENIL 200

1 comprimé, matin et soir

SULFARLEM 25

1 comprimé, 3 fois par jour

TRAITEMENT POUR UNE DURÉE DE : 6 MOIS

شارع مولاي إدريس الأول، 86 - إقامة الجواهر، الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 86 14 08/11 - فاكس: 05 22 86 14 09
Résidence El Jawahir, 86, Boulevard Moulay Idriss 1er - Casablanca - Tél.: 05 22 86 14 08/11 - Fax: 05 22 86 14 09



LOT : SF12041
EXP : 12 2025



LOT : SF22002
EXP : 04 2026



LOT : SF22005
EXP : 05 2026



LOT : SF12041
EXP : 12 2025



LOT : SF12041
EXP : 12 2025



LOT : SF22002
EXP : 04 2026



LOT : SF12039
EXP : 12 2025



LOT : SF12039
EXP : 12 2025



LOT : SF22005
EXP : 05 2026



LOT : SF22006
EXP : 05 2026



LOT : SF12041
EXP : 12 2025



LOT : SF12041
EXP : 12 2025



LOT : SF22005
EXP : 05 2026



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

MAROC X

(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)

75012 PARIS

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

MADAME ZERBIB sophie

PHARMACIE DU PARC
21 RUE DE POMMARD
75012 PARIS
752039537

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom

XXX

raison sociale

identifiant

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

750000002

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

03062022

date de l'accord préalable (le cas échéant)

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

oui

date

XX

AT/MP	numéro	ou	date
PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES			
tarif	Résta CIP/Ref. LPP(Ut)	Homeo Decon- c. lab dition.	Qte PU Mt Fact Libelle
PH2	3400931178200	9	2,05 18,45 SULFARLEM S25 CPR DRG
HD2		9	1,02 9,18 Honor. dispens. HD2
HDR		1	0,51 0,51 Honor. dispens. HDR

imprimer les codes à barres

ou coller les étiquettes de la liste

des produits et prestations

dans l'ordre de la prescription

PAIEMENT

2 8 , 1 4

MONTANT TOTAL

en euros

Pharmacie du Parc

Sophie ZERBIB

21

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 fournisseurMADAME ZERBIB sophie
75012 PARIS
Tél : 01.53.33.01.02
752039537signature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

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 **vos nouvelles adresses 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.

PHARMACIE DU PARC
sophie MADAME ZERBIB
21 RUE DE POMMARD
75012 PARIS
Tel: 0153330102
N° SIRET: 80290146200019
Code NAF: 5234A - FR10802901462
FRANCE

Page 1 / 1

FACTURE

N°4653/834290

Du 09/06/2022

Date de l'échéance 10/06/2022

MAROC X

75012 PARIS

Prescripteur : XXX
N° AM : 750000002
Opérateur: _ M

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
SULFARLEM S25 CPR DRG 60 3400931178200 N° Lots : SF12041	PH2	0	9	2,008	2,10%	18,07
Honor. dispens. HD2	HD2	0	9	0,999	2,10%	8,99
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
27,56	2,1% (4)	0,58	28,14
Total HT		Total TVA	Total TTC
27,56		0,58	28,14

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	28,14

Mode(s) de règlement	
Règlements multiples (Espèces)	28,14
Reste dû	0,00

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom



 Sophie Zerbib
 21, rue Pommard
 75012 PARIS
 Tél.: 01 53 33 01 02
 75 20305

(u) indique les quantités unitaires

(*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1

• PHARMACIE DU PARC
sophie MADAME ZERBIB
21 RUE DE POMMARD
75012 PARIS
Tel: 0153330102
N° SIRET: 80290146200019
Code NAF: 5234A - FR10802901462
FRANCE

DUPLICATA

Désignation	Code	Qté	PU	Montant
	TVA		TTC	TTC
Patient: MAROC X Ordonnance 834290				
3400931178200 SULFARLEM S25 CPR DRG 60 Du(s): 4x	4	9	2,05	18,45
Honor. dispens. HD2	4	9	1,02	9,18
Honor. dispens. HDR	4	1	0,51	0,51
			Total TTC	28,14
			A Payer	28,14

TOTAL A PAYER : 28,14 (184,59F)
Montant HT : 27,56

Code	TVA	Taux	HT	TVA	TTC
	4	2,10	27,561	0,579	28,14

Espèces : 50,00
Rendu monnaie : 21,86

Le 09/06/2022 à 09h46 Op. : 3 _ M

Montants exprimés en Euros

A BIENTOT
MERCI POUR VOTRE VISITE

Ticket 265652/1521928 B17/0106-R2

128/ /1/FACTURATION/DUPLICATA TICKET/3/N
/AA0Z/AAMJ/2.13.1.2.R21-225/2

PHARMACIE DU PARC
sophie MADAME ZERBIB
21 RUE DE POMMARD
75012 PARIS
Tel: 0153330102
N° SIRET: 80290146200019
Code NAF: 5234A - FR10802901462
FRANCE

Désignation	Code	Qté	PU	Montant
		TVA	TTC	TTC
Patient: MAROC X				
Ordonnance 834290				
3400931178200	4	9	2,05	18,45
SULFARLEM S25 CPR DRG 60				
Du(s): 4x				
	4	9	1,02	9,18
Honor. dispens. HD2				
	4	1	0,51	0,51
Honor. dispens. HDR				
			Total TTC	28,14
			A Payer	28,14

TOTAL A PAYER : 28,14 (184,59F)
Montant HT : 27,56

Code				
TVA	Taux	HT	TVA	TTC
4	2,10	27,561	0,579	28,14

Espèces : 50,00
Rendu monnaie : 21,85

Le 09/06/2022 à 09h46 Op. : 3 M

Montants exprimés en Euros

A BIENTOT
MERCI POUR VOTRE VISITE

Ticket 265652/1521928 B17/0106-R2

128/ /1/FACTURATION/TICKET/3/N/AA0Z/AAMJ
/2.13.1.2.R21-225/1