

# 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.

**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° M21- 074042

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

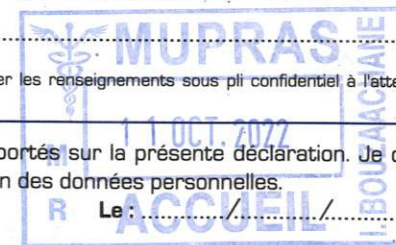
Matricule : 0868 Société : 132774  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Burette François ep. Slom  
 Date de naissance : 13/08/41  
 Adresse : Résidence Yasmine Esd  
 45 Bd Zghardi Casablanca  
 Tél. : 066255695 Total des frais engagés : Euro 121,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Complément  
 Date de consultation : 04/10/2022  
 Nom et prénom du malade : Burette François ep. Slom Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : glaucome  
 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 : 11 OCT 2022  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]  
 Le : 11 OCT 2022



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

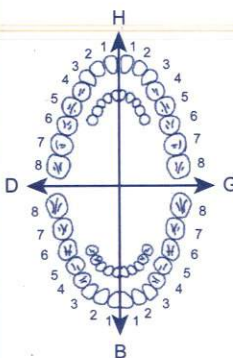
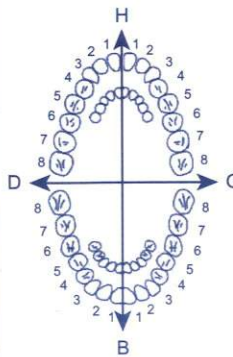
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H              25533412              00000000              D           </div> <div>             21433552              00000000              G              00000000              35533411              B           </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
					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

PHARMACIE DE BABYLONE  
MME AMAR  
6 RUE DE BABYLONE  
75007 PARIS  
FRANCE  
Tel: 0145485424  
N° SIRET: 40356113700014  
Code NAF: 4773Z - FR39753330430

Page 1 / 1

# FACTURE

N°2888/318711

Du 04/10/2022

Date de l'échéance 05/10/2022

SLAOUI FRANCOISE  
39 AVE DUQUESNE  
75004 PARIS

Prescripteur : \*  
N° AM : 750000481  
Opérateur: SABRINA S

Désignation Code produit	Prest	Taux Remb	Ote	PUHT	Taux TVA	Monte Total
CARTEOL LP 2% COLLYRE FL/3ML 3400935789525 N° Ordonnancier : 356167	PH7	65	6	5,553	2,10%	33,
Honor. dispens. HD7	HD7	65	6	0,999	2,10%	5
MONOPROST 50MCG COLLY DOSE 30 3400926738266 N° Ordonnancier : 356168	PH7	65	6	8,599	2,10%	51
Honor. dispens. HD7	HD7	65	6	0,999	2,10%	5
Honor. dispens. HDR	HDR	65	1	0,500	2,10%	0
Honor. dispens. HDA	HDA	65	1	1,550	2,10%	1

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant T
98,95	2,1% (4)	2,08	101
Total HT		Total TVA	Total T
98,95		2,08	101

Part AMO	65,67
Part AMC	0,00
Part Client	35,36

Mode(s) de règlement	
Règlements multiples (Crédit Remb. AMO)	101,
Montants exprimés en	

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

(u) indique les quantités unitaires

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



Centre hospitalier  
National d'Ophthalmologie des  
Quinze-Vingts

28, rue de Charenton  
75571 Paris cedex 12  
Tel : 01 40 02 15 20



**QUINZE-VINGTS**

CENTRE HOSPITALIER NATIONAL D'OPHTHALMOLOGIE

N° FINESS



750000481

**CENTRE DU GLAUCOME**

Tél : 01 40 02 16 18  
(de 9h30 à 12h30)  
Fax : 01 40 02 16 31  
Mail : glaucome@15-20.fr

IPP: 1464508

Nom: SLAOUI

Prénom: FRANCOISE

Nom de naissance: BURETTE

Date de naissance: 13/08/1941

Paris, le 04/10/2022

### ORDONNANCE

**- CARTEOL LP 2% Collyre unidose**

1 goutte matin \_dans les deux yeux

6 mois

**- MONOPROST Collyre unidose**

1 goutte le soir au coucher \_dans les deux yeux

6 mois

**Docteur THOMAS BOUAZIZ**

Ophtalmologiste

N° RPPS



10001894703

PHARMACIE DE BABYLONE  
 6 RUE DE BABYLONE  
 75007 PARIS  
 752038349  
 Tel : 0145485424  
 INSEE: 241087654005384  
 39 AVE DUQUESNE  
 01 771 2042 CPAM 771 MELUN RUBELLES

Fact. Num. : 318711  
 Date Fact. : 04/10/2022  
 Date Ord. : 04/10/2022  
 Medecin: \*  
 Code Op: SS -  
 Malade: SLADUI FRANCOISE  
 75004 PARIS

QTE	DESIGNATION	CIP	Prix/U BaseSS	HD	TxSS
6	CARTEOL LP 2% CD	3400935789525	5,67	-	1,02 065
	LLYRE FL/3ML	Dus: 4 Ordo: 356167			
6	MONOPROST 50MCG	3400926738266	8,78	-	1,02 065
	COLLY DOSE 30	Dus: 2 Ordo: 356168			
1	Honor. dispens.		0,51	-	065
	HDR				
1	Honor. dispens.		1,58	-	065
	HDA				

MONTANT TOTAL : 101,03  
 MONTANT AMC : 0,00  
 MONTANT AMO : 65,67  
 MONTANT ASSURE : 35,36  
 Ces montants s'entendent avant 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.