

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

- Reclamation : 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 : 888 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : LAHRACH Radia

Date de naissance : 06/06/1948

Adresse : 14, RI med Abdou

Palmier - LAGA

Tél. : 06 64 860960

Total des frais engagés : 382,80 DH + 67,79 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19.01.2023

Nom et prénom du malade : LAHRACH ep LAZRAK BADIA

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection Oufair

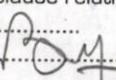
Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous un emblème 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) : 



8

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Date(s) des Actes	Nature(s) des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
19 OCT. 2023	es		Cent 20	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie BAHMAD Dr Omar LAZRAK 82, Bd Bahmad - Belvédère Casablanca - Tél. : 0522 24 75 39 INPE : 092107457	19/10/2023	382.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 l'ODF.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1-8 on each side) and axes H (vertical), D (horizontal), G (vertical), and B (horizontal). The teeth are arranged in a curve, and the axes are indicated by arrows.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohammed Amine BENNANI

OPHTALMOLOGIE
Diplômé de l'Institut Universitaire
BARRAQUER - BARCELONE

Maladies et Chirurgie des Yeux

Glaucome - Cataracte - Ophtalmo-pédiatrie - Chirurgie réfractive
(Myopie - Hypermétropie - Astigmatisme)



Casablanca, le jeudi 19 octobre 2023



LAHRACH EP LAZRAK Badia

$157,00 \times 2 = 314,00$
THEALOSE / 1 goutte 3 à 4 fois par jour
68,80

S.V

QSP 6 Mois

4 Boît

QSP 6 Mois

7 Boît

CARTEOL LP 2% / 1 goutte le matin aux deux yeux

S.V

CARTEOL L.P. 2%
Collyre 3ml
ZENITH PHARMA
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM
6118001270040
PPV : 68.80 DHS

Pharmacie BENMAD
Dr Omar LAZRAK
82, Bd Massira Khadra - Beldjedid
Casablanca - Tel : 0522 24 75 39
INPE : 092107457

Ne pas interrompre ce traitement sauf avis médical

382.80



PHARMACIE ABTAN
101 Rue de Verdun
92150 SURESNES
Tél : 0145060055
N°: 922017165 Util: 11

N°FS: 1101796
Délivrance : 09/12/2023
Prescription : 19/10/2023
MEDECIN HOPITAL
921999991

LAHRACH EP LAZRAK BADIA
06/06/1948
RO:
RC:

Registre	Qté	Code	Produit	Remb	%	Hono.	P.U
L1572719	2	6223413	THEALOSE S ocul oeil sec modéré :	9,19	0 %	0,00	12,78
	6	3400935789525	CARTEOL LP 2% Collyr s Fl/3ml	5,67	0 %	6,12	6,69
	1		Honoraire médicament remboursable	0,51	0 %	0,00	0,51
	1		Honoraire lié à l'âge	1,58	0 %	0,00	1,58

RO 0,00 €	RC 0,00 €	Ass 67,79 €	Total 67,79 €
-----------	-----------	-------------	---------------

PHARMACIE ABTAN

101 Rue de Verdun
92150 SURESNES
France
Tel : 0145060055
Fax :
Email : mypharma92150@gmail.com

LAHRACH EP LAZRAK BADIA - 155158

92800 Puteaux
France

LAHRACH EP LAZRAK BADIA - Délivrance sur ordonnance - Ticket 2023186148 du 09/12/2023

Code	Désignation	Qté	Prix TTC unitaire	Prix HT unitaire	% remise	Montant Total HT	Taux TVA
6223413	THEALOSE S ocul oeil sec modéré sévère 15ml	2	12,78	10,650	0,00 %	21,300	20,00 %
3400935789525	CARTEOL LP 2% Collyr s Fl/3ml	6	5,67	5,553	0,00 %	33,320	2,10 %
	Honoraire simple	6	1,02	0,999	0,00 %	5,994	2,10 %
	Honoraire médicament remboursable	1	0,51	0,500	0,00 %	0,500	2,10 %
	Honoraire lié à l'âge	1	1,58	1,548	0,00 %	1,548	2,10 %

Nombre de lignes : 5

Solde de votre compte : 0,00 €

Taux TVA	Base HT	Remise globale	Frais de livraison	HT Net	Montant TVA	Montant TTC
2,10 %	41,36			41,36	0,87	42,23 €
20,00 %	21,30			21,30	4,26	25,56 €

MY PHARMA
101 rue de Verdun
92150 Suresnes
tel 0145 06 00 55
922017165

Règlements

Carte bancaire 67,79 €

Acquittée

Montant total HT	62,66 €
Montant total TVA	5,13 €
Montant total TTC	67,79 €
Net à payer	67,79 €
Date d'échéance	09/12/2023

Aucun escompte ne sera pratiqué pour paiement comptant ou anticipé. Conformément à la loi 92-1442 du 31 décembre 1992, relative au délai de paiement entre les entreprises, tout retard de paiement total ou partiel à l'échéance indiquée sur la facture entraînera l'application de pénalités et ce, sans qu'un rappel soit nécessaire. Ces pénalités seront facturées à un montant forfaitaire de 40 €.

feuille de soins
pharmacien ou fournisseur

DUPLICATA

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

numéro de facture (facultatif)

1 1 0 1 7 9 6

date 0 9 1 2 2 0 2 3

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 LAHRACH EP LAZRAK BADIA

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance 0 6 0 6 1 9 4 8

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom LAHRACH EP LAZRAK BADIA

(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)

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

PHARMACIEN

101 Rue de Verdun
92150 SURESNESTél : 0145060055
10004160932

CONVENTIONNÉ

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

PHARMACIEN/STRUCTURE DU RETRAIT

101 Rue de Verdun
9220017165

92150 SURESNES

=> 92 2 01716 5 00 1 10 0 50 n°AM

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom MEDECIN HOPITAL

identifiant

raison sociale

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

9 2 1 9 9 9 9 9 1

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale 1 9 1 0 2 0 2 3

date de l'accord préalable (le cas échéant)

J J M M A A A A

X 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

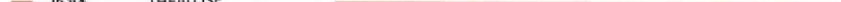
AT/MP				numéro		PRODUITS ET PRESTATIONS DELIVRES				ou	date	J J M M A A A A
Code	CIP / LPP	U.P	Qté	Remb.	P.U.	TOTAL	Libellé	Nb Bte	Substi.	Presc. Déb. loc	Finloc	
AAD	1135498	étiquetée	2	9,19	12,78	25,56	SOLUTION STERILE A USAGE OPHTALMIQUE					
PH7	3400935789525		6	5,67	5,67	34,02	CARTEOL LP 2% Collyre fl/3ml					
HD7			6	1,02	1,02	6,12	Honoraire de dispensation niveau					
HDR			1	0,51	0,51	0,51	Honoraire de dispensation pour livraison de medicament remboursable					
HDA			1	1,58	1,58	1,58	Honoraire de dispensation lie a l					

imprimer les codes à barres

ou coller les étiquettes de la liste

des produits et prestations

dans l'ordre de la prescription



Montant primaire : 0,00

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros

6 7 7 9

Montant mutuelle : 0,00
Montant assuré : 67,79

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 fournisseurMY PHARMA
101 Rue de Verdun
92150 Suresnes
tel. 01 45 06 00 55
9220017165signature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de penalties 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.