

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'Al
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M23-012383

187 552

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 888

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LAHRACH Badia

Date de naissance : 06/06/1948

Adresse : 14, Bl. Méd. Abdou

Tél. : 06 64 86 09 60

Total des frais engagés : 382,80 DH + 67,19 € Dhs



IPP : 8001559341 6
LAHRACH
BADIA
Nom de naissance : LAHRACH
Né(e) le : 06/06/1948 Sexe : F
NDA : 1000037906 Entré(e) le : 30/11/2012

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 Oculaire

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 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) : [Signature]



Autorisation CNDP N° : AA-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
9 OCT. 2023	ls		Contrôle	

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

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

AM

PC

IM

IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

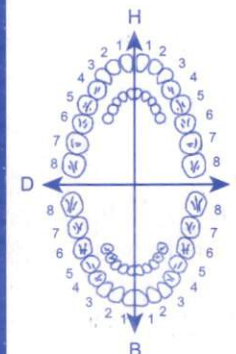
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez 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



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

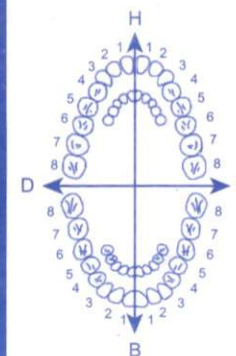
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



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

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

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

Pharmacie BAHMAD
Dr Omar LAZRAK
82, Bd Bahmad - Belvédère
Casablanca - Tél. : 0522 24 75 39
INPE : 092107457

Ne pas interrompre ce traitement sauf avis médical

382.80

QSP 6 Mois

4 B507

QSP 6 Mois

7 B507



Bd Massira Khadra, Rue Ibnou Babek n° 7, Quartier Racine, 20100 Casablanca
Tél : 0522.36.20.00 / 0522.36.20.02, E-mail : mariophtha@gmail.com

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
	2	6223413	THEALOSE S ocul oeil sec modéré :	9,19	0 %	0,00	12,78
L1572719	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 01 45 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 €.

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)

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

MY PHARMA

101 Rue de Verdun

92150 SURESNES

Tél : 0145060055

10004160932

PHARMACIEN REMPLACANT

CONVENTIONNE

nom et prénom

identifiant

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

PHARMACIE 13 RUE DU RETRAIT

101 B DE VERDUN

922017165

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

☒ 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 "n°"
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

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		2	9,19	12,78	25,56 SOLUTION STERILE A USAGE OPI				
PH7	3400935789525		6	5,67	5,67	34,02 CARTEOL LP 2% Collyr s FI/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 délivrance de médicament 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

PAIEMENT

Montant primaire : 0,00

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 0145060055
922017165signature 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 **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.