

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.

Biologie 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.

Éducation :

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.

Accident :

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

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° P19-0029094

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 888 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : LAHRACH Badia
Date de naissance : 06/06/1948
Adresse : 14, Bd. Med. Abdou CASA
Tél. : 06 64 86 0960 Total des frais engagés : 15,78 Euros Dhs



NIP:8001559341 6
LAHRACH
BADIA
Ne(e):LAHRACH
06/06/1948 () F

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 09 / 19 / 2019
Nom et prénom du malade : Laurence Badia Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection longue durée
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 13/11/2019 Le : 13 / 11 / 19
Signature de l'adhérent(e) :



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
29/10/19				Professeur E. BENYADIA RHEUMATOLOGUE 11e Bd. Abdelmoumen et Bd. Anoual 1 ^{ère} Etage N° 405 - Casablanca Tél: 0522 86 51 75

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

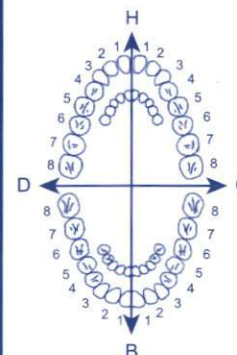
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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 G

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'EX

Professeur BENYAHYA Elouarda

Rhumatologue

Ex-enseignante à la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca

Spécialiste des maladies des os,
des articulations et de la colonne vertébrale

Echographie Ostéoarticulaire

Mésothérapie



الدكتورة بنيحيى الوردة

أستاذة سابقا بكلية الطب و الصيدلة
بالدار البيضاء

أخصائية في أمراض المفاصل
والعظام و العمود الفقري

الفحص بالصدى للمفاصل

الميزوثيرابيا

Casablanca, le : 09 OCT 2019 : الدار البيضاء في :

Nom, Prénom : Lahraï Badiq.

Levothyrox 100µg.

1cp/j

x 6 mois

Professeur E. BENYAHYA
RHUMATOLOGUE
Angle Bd. Abdelmoumen et Bd. Anoual
4ème Etage N° 405 - Casablanca
Tél.: 0522 86 21 93 - Fax: 0522 86 51 75

Centre Abdelmoumen, Angle Bd. Abdelmoumen et Bd. Anoual, 4ème étage, n°405, Casablanca

Tél : 05 22 86 21 93 - GSM : 06 62 08 92 10 - Fax : 05 22 86 51 75 - Urgences : 06 61 07 33 32 - E-mail : e.benyahya@yahoo.fr

Professeur BENYAHYA Elouarda
Rhumatologue

Ex-enseignante à la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca
Spécialiste des maladies des os,
des articulations et de la colonne vertébrale
Echographie Ostéoarticulaire
Mésothérapie



الدكتورة بنيحيى الوردية

استاذة سابقا بكلية الطب و الصيدلة
بالدار البيضاء
اختصاصية في امراض المفاصل
والعظام و العمود الفقري
الفحص بالصدى للمفاصل
الميزوثيرابيا

Casablanca, le : 09 OCT 2019 : الدار البيضاء في :

Nom, Prénom : Lahrach Badia



NIP:8001559341 6

LAHRACH

BADIA

Ne(e):LAHRACH

06/06/1948 () F

Levothyrox 100µg.

1cp/j

x 6 mois

Professeur E. BENYAHYA
RHUMATOLOGUE
Angle Bd. Abdelmoumen et Bd. Anouar
4ème étage - n°405 - Casablanca
Tél : 0522 86 21 93 - Fax : 0522 86 51 75

Centre Abdelmoumen, Angle Bd. Abdelmoumen et Bd. Anouar, 4ème étage, n°405, Casablanca
Tél : 05 22 86 21 93 - GSM : 06 62 08 92 10 - Fax : 05 22 86 51 75 - Urgences : 06 61 07 33 32 - E-mail : e.benyahya@yahoo.fr

le 12.10.2019

Pharmacie Les Sentiers
Olivier et Christine JAUGEON
Docteurs en pharmacie
C. Ciel Claye Souilly
RDZ - 77410 CLAYE SOUILLY
tel 0160276161 - fax 0160276171
ordonnance@pharmacielessentiers.com
n°finess: 772006094

[Signature]

feuille de soins
pharmacie ou fournisseurArt. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale
Art. L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

numéro de facture (facultatif)

1 9 0 1 9 3 5 0 9

1 2 1 0 2 0 1 9

date J J M M A A A A

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)

LAHRACH BADIA



NIP:8001559341 6

LAHRACH

BADIA

Ne(e):LAHRACH

06/06/1948 () F

ASSURE(E)

0 6 0 6 1 9 4 8

LAHRACH BADIA (pas l'assuré(e))

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

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)

47 RUE ST DENIS

92700 COLOMBES

A 1

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

JAUGEON OLIVIER

RPPS 1000010855

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

PHARMACIE DES SENTIERS

Mrs JAUGEON Olivier et Guillaume

CENTRE COMMERCIAL CARREFOUR ROUTE NATIONAL 3

77410 CLAYE SOUILLY

TEL : 0160276161

N° ident 772006094

OP : 6 12/10/2019

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

MEDECIN ETRANGER

nom et prénom

identifiant

raison sociale

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

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

1 2 1 0 2 0 1 9

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)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 115
(cf. la notice au verso : § précédé de "§"
et les recommandations importantes)

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

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée	CIP/NOM	NumOrd	Acte/Qte/Prix	Taux	Remise	Montant
	3400930121429	LEVOTHYROX 100MCG	126558	PH7 2x5,34	0%	10,68
		HONORAIRE DE DISPENSATION		HD7 2x1,02	0%	2,04
		HONORAIRE DE MEDICAM. REMB.		HDR 1x0,51	0%	0,51
		HONORAIRE LIE A L'AGE		HDA 1x0,51	0%	0,51
		HONORAIRE DE MEDICAM. SPEC.		HDE 1x2,04	0%	2,04

QTE: 5 V: 5 en EUR

imprimer les codes à barres
ou coller les étiquettes de la liste
des produits et prestations
dans l'ordre de la prescription

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros

1 5, 7 8

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

Pharmacie Les Sentiers

PHARMACIE DES SENTIERS

Docteurs en pharmacie

C Chal Claye Souilly

772006094

0160276161 - 0160276171

ordonnance@pharmacielessentiers.com

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du pharmacien
ou du fournisseursignature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration encourt des pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-6 et 441-7 du Code pénal et article L. 162-14 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 concernera **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. 115 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. 115", 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.

TCP
65x21,5x33 mm
_homelt

Composition :

Lévothyroxine sodique.....100,00 µg
pour un comprimé sécable.

Médicament autorisé n° 3400930121429

Lire la notice avant utilisation.
Tenir hors de la vue et de la portée
des enfants.
À conserver à une température
ne dépassant pas 25°C, dans
l'emballage d'origine.

Titulaire de l'AMM :
Merck Santé s.a.s.
37 rue Saint-Romain
69379 Lyon cedex 08



CONSIGNE POUR SANTÉ SANTER LOCALMENT - WWW.CONSIGNECETTE.FR

Exploitant :
Merck Serono s.a.s.
37 rue Saint-Romain
69379 Lyon cedex 08



3400930121429

LEVOTHYROX® 100 µg
comprimé sécable
90 (3 x 30) comprimés sécables



Liste II - Uniquement sur ordonnance

MERCK

LEVOTHYROX® 100 µg
comprimé sécable

90 (3 x 30) comprimés sécables



LEVOTHYROX® 100 µg
comprimé sécable

Lévothyroxine sodique
Voie orale



90 (3 x 30) comprimés sécables

MERCK



04/2022
G004XV20
03400930121429
9644733397

EXP
Lot
PC:
SN:

LEVOTHYROX® 100 µg

comprimé sécable

90 (3 x 30) comprimés sécables

193332/1



04/2022
G004X V 20
0340093012 14 29
9394601109

EXP Lot PC: SN:

65x21,5x9,3 mm
"hotmelt"
TCP

LEVOTHYROX® 100 µg

comprimé sécable

Lévothyroxine sodique

Voie orale



90 (3 x 30) comprimés sécables

MERCK

Composition :

Lévothyroxine sodique.....100,00 µg
pour un comprimé sécable.

Lire la notice avant utilisation.
Tenir hors de la vue et de la portée
des enfants.

A conserver à une température
ne dépassant pas 25°C, dans
l'emballage d'origine.

Médicament autorisé n° 3400930121429

Titulaire de l'AMM :
Merck Santé s.a.s.
37 rue Saint-Romain
69379 Lyon cedex 08



CONSIGNE POURANT VARIER LOCALEMENT - WWW.CONSIGNEDETRE.FR

Exploitant :
Merck Serono s.a.s.
37 rue Saint-Romain
69379 Lyon cedex 08



3400930121429

LEVOTHYROX® 100 µg
comprimé sécable
90 (3 x 30) comprimés sécables

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance

MERCK