

## 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-416686

MUPRAS  
RECEPTION

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4927 Société : ROYAL AIR MAROC  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ARFII SAID  
 Date de naissance : 12-11-1962  
 Adresse : 595 Bd EL OUODS SULEIMAN, AIN CHOU, CASABLANCA 20450  
 Tél. : 0661667884 Total des frais engagés : 30 DA + 91,656 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Saâdia ZAFAD**  
Professeur Agrégée  
Hématologie - Oncologie  
CLINIQUE AL MADINA  
Tél. 05 22 77 77 40 1 42

Date de consultation : 02/01/2019  
 Nom et prénom du malade : MONSIEF BAHIA Age : 52  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Thrombocytemie  
 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 : 12/01/19  
 Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

### Adresses Mails utiles

- O Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- O Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- O Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 Alil Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alil Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
 Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



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
21/07/19			controle	<b>INP</b> <b>091033159</b> <b>Dr. Saadia ZAFAL</b> Professeur Agrégée Hématologie Oncologie CLINIQUE AL MADINA BOULEVARD EL MADINET
16/07/19		3	30,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur <b>PHARMACIE TORDJMAN</b> 14, place Lachambeaudie 75012 PARIS Tél. : 01 43 44 12 33 Fax : 01 43 47 30 55 75 2 02077	Date 6/07	Hématologie - Oncologie CLINIQUE AL MADINA Tél: 06 77 77 40 à 49 Gsm: 06 62 54 23 07 Montant de la facture 91,65 €

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

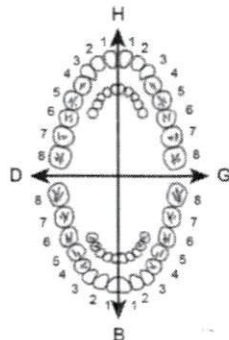
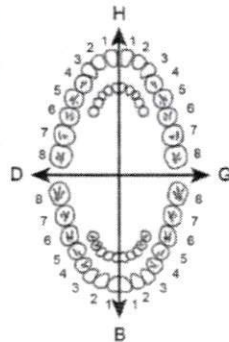
[illegible]

# 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	INP : <input type="text"/>	
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412    21433552</p> <p>00000000    00000000</p> <hr/> <p>D    00000000    00000000    G</p> <p>35533411    11433553</p> <p>B</p> </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				
					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

مصححة  
المدينة

CLINIQUE  
AL MADINA

# مركز أمراض الدم والأنتكولوجيا Centre d'Hématologie & Oncologie

**Dr. Saadia ZAFAD**

Professeur Agrégée  
Hématologie Clinique  
Adultes - Enfants  
Oncologie Pédiatrique  
Greffe de Moelle

الدكتورة السعدية زفاض

أستاذة مبرزة  
أمراض الدم  
البالغين و الأطفال  
سرطان الطفل  
زراعة النخاع

Casablanca, Le : 21/7/2019

Me Monsieur Bahia  
91,65 €

Hygiène  
15 unités

**PHARMACIE TORDJMAN**  
14, place Lachambeaudie  
75012 PARIS  
Tél. : 01 43 44 12 33  
Fax : 01 43 47 30 55  
75 2 03077 E

Dr. Saadia ZAFAD  
Professeur Agrégée  
Hématologie - Oncologie  
CLINIQUE AL MADINA  
Tél: 05 22 77 77 40 à 49  
Gsm: 06 77 77 77 40





PHARMACIE DE LA PLACE  
Tordjman PHARMACIE  
14, place Lachambeaudie  
75012 PARIS  
Tel: 0143441233 Fax: 0143473055  
Email: pharmacie.tordjman@offisecure.com  
N° SIRET: 35354285500021  
Code NAF: 523A - FR22353542855  
FRANCE

Page 1 / 1

# FACTURE

N°528/416852

Du 06/07/2019

Date de l'échéance 07/07/2019

MONSSEF  
hotel pullman  
75012 PARIS 12 EME

Prescripteur : ETRANGER Med  
Opérateur: \_ M

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
HYDREA 500MG CAPS BT 20 CYTO 3400930512685 N° Ordonnancier : 524654	PH1	0	15	4,819	2,10%	72,28
Honor. dispens. HD1	HD1	0	15	0,999	2,10%	14,99
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50
Honor. dispens. HDE	HDE	0	1	2,000	2,10%	2,00

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
89,77	2,1% (4)	1,89	91,65
<b>Total HT</b>		<b>Total TVA</b>	<b>Total TTC</b>
89,77		1,89	91,65

Part AMO 0,00

Part AMC 0,00

Part Client 91,65

Mode(s) de règlement

Règlements multiples (Espèces) 91,65

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

(u) indique les quantités unitaires

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





N° 11389\*05

joindre la prescription  
sauf si renouvellementfeuille de soins  
pharmacien ou fournisseurArt. 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)

416852

date J J M M A A A A 06072019

## 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

MONSSEF

(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 12 EME

## IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

PHARMACIE Tordjman

## IDENTIFICATION de la STRUCTURE

PHARMACIE DE LA PLACE  
14, place Lachambeaudie  
75012 PARIS  
752030775

## PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé

## IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom ETRANGER Med

identifiant

raison sociale

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

## CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale 02/07/2019 A A A A

date de l'accord préalable (le cas échéant)

J J M M A A A A

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 XX

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

Qte	PU	Mt	Fact	Prest	CIP	Ref. LPP
15	4,92	73,80	PH1		3400930512685	
15	1,02	15,30	HD1			
1	0,51	0,51	HDR			
1	2,04	2,04	HDE			

Ut	Libelle
	HYDREA 500MG CAPS BT
	Honor. dispens. HD1
	Honor. dispens. HDR
	Honor. dispens. HDE

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

9 1 , 6 5

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 fournisseur

PHARMACIE Tordjman

signature de  
l'assuré(e)impossibilité  
de signer

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

PC 03400930512685  
SN 1092555177859  
Lot 9E06524  
EXP 03-2021

PC 03400930512685  
SN 1042128128291  
Lot 9D06021  
EXP 03-2021



PC 03400930512685  
SN 1091968718529  
Lot 9D06021  
EXP 03-2021

PC 03400930512685  
SN 1024639061899  
Lot 9E06524  
EXP 03-2021



PC 03400930512685  
SN 1060174574735  
Lot 9E06524  
EXP 03-2021





PC 03400930512685  
SN 1092555177859  
Lot 9E06524  
EXP 03-2021



PC 03400930512685  
SN 1042128128291  
Lot 9D06021  
EXP 03-2021



PC 03400930512685  
SN 1091968718529  
Lot 9D06021  
EXP 03-2021



PC 03400930512685  
SN 1024639061899  
Lot 9E06524  
EXP 03-2021



PC 03400930512685  
SN 1060174574735  
Lot 9E06524  
EXP 03-2021



PC 03400930512685  
SN 1092555177859  
Lot 9E06524  
EXP 03-2021



PC 03400930512685  
SN 1042128128291  
Lot 9D06021  
EXP 03-2021



PC 03400930512685  
SN 1091968718529  
Lot 9D06021  
EXP 03-2021



PC 03400930512685  
SN 1024639061899  
Lot 9E06524  
EXP 03-2021



PC 03400930512685  
SN 1060174574735  
Lot 9E06524  
EXP 03-2021

