

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

N° W19-416686

MUPRAS
RECEPTION

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) 4927

Matricule : Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre : ARFI SAID

Date de naissance : 12-11-1962

Adresse : 595 B^e EL QUODD, SULEY TALEB,
AIN CHOUH, CASABLANCA 20450

Tél. : 0661 667 884

Total des frais engagés : 300 Dhs + 91.652 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Saâdia ZAFAD
Professeur Agrégée
Hématologie - Oncologie
CLINIQUE AL MADINA
Tel. 05 22 77 77 60 142

Date de consultation : 02/07/2019

Nom et prénom du malade : MONSSEF BAHIA Age: 52

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Thrombocytemie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : MUPRAS

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 : 02/07/2019

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 3/5/19 | 3 | 1 | 30,00 | INP 091033159 Dr. Saadia ZAFAR Professeur Agrégée Hématologie - Oncologie KLINIQUE AL MADINA |
| 16/5/19 | 3 | 1 | 30,00 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES Hématologie - Oncologie

| | | | |
|--|--|------|--|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | | Date | CLINIQUE AL MADINA Tél: 05 72 77 77 40 à 49 Montant de la Facture Gsm: 06 62 54 23 07 |
| PHARMACIE TORDJMAN 14, place Lachambeaudie 75012 PARIS Tél. : 01 43 44 12 33 Fax : 01 43 47 30 55 75 2 03077 5 | | 6/07 | 91,65 € |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 | 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 | | | | | | | | | | | | | |
| | | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433562</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> | | H | 25533412 | 21433562 | D | 00000000 | 00000000 | B | 00000000 | 00000000 | G | 35533411 | 11433553 | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | | H | 25533412 | 21433562 | | | | | | | | | | | | |
| | | D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | |
| | | B | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | |
| | | G | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | |
| <p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |

Dr. Saadia ZAFAD

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

الدكتورة السعدية زفاص

أستاذة مبرز
أمراض الدم
البالغين والأطفال
سرطان الطفل
زراعة النخاع

Casablanca, Le :

21/7/2019

ame ame Bahia
91,65 ♂

My tree SW
AS bits

PHARMACIE TORDJMAN
14, place Lachambeaudie
75012 PARIS
Tél. : 01 43 44 12 33
Fax : 01 43 47 30 55
75 2 03077 5

Dr. Saadia ZAFAD
Professeur Agrégée
Hématologie - Oncologie
CLINIQUE AL MADINA
Tel: 05 22 77 77 40 5
GSM: 05 22 77 77 40 5

PHARMACIE DE LA PLACE Fact. Num. : 416852
14, place Lachambeaudie Date Fact. : 06/07/2019
75012 PARIS Date Ord. : 02/07/2019
752030775 Medecin: ETRANGER Med
Tel : 0143441233 Code Op: 2
INSEE: Malade:MONSSEF
75012 PARIS 12 EME

| QTE | DESIGNATION | CIP | Prix/U | BaseSS | HD | TxSS |
|-----|-------------------------------|------------------------------------|--------|--------|------|------|
| 15 | HYDREA 500MG CAP S BT 20 CYTO | 3400930512685 Dus: 10 Ordo: 524654 | 4,92 | - | 1,02 | 0 |
| 1 | Honor. dispens. | | 0,51 | - | | 0 |
| 1 | Honor. dispens. | | 2,04 | - | | 0 |

MONTANT TOTAL : 91,65 MONTANT AMO : 0,00

MONTANT AMC : 0,00 MONTANT ASSURE : 91,65

Ces montants s'entendent ayant 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.

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 | PH1 | 0 | 15 | 4,819 | 2,10% | 72,28 |
| N° Ordonnancier : 524654 | | | | | | |
| 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 |
| Total HT | | Total TVA | Total TTC |
| 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

joindre la prescription
sauf si renouvellementfeuille de soins
pharmacien ou fournisseur

numéro de facture (facultatif)

416852

date J J M M A A A A

06072019

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

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

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

raison sociale

identifiant

n° de la structure
(AM, FINESS 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

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



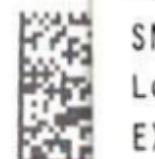
PC 03400930512685
SN 1042128128291
Lot 9D06021
EXP 03-2021



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

