

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 canaux, 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 canaux.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-463509

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11461 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : KADJAS NAHAL
 Date de naissance : 26/11/1977
 Adresse :
 Tél : 0665100783 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 03/10/2019
 Nom et prénom du malade : Radjaj ALKHOURI
 Lien de parenté : Lui-même Enfant
 Nature de la maladie : Cephalé
 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 : Accueil siège/Ram Le : 03/10/2019
 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 12/10/19 | CS | | 30,00 € | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE DAHAN BERNARD selurl 106 avenue Charles de Gaulle 92200 NEUILLY SUR SEINE TEL 01 46 24 14 96 922019104 | 12/10/19 | 24,50 € |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | 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 :

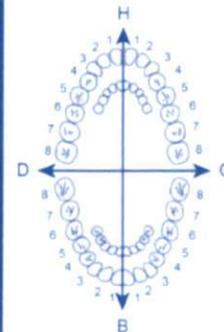
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="checkbox"/> |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|---|
| | | | | 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

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| G | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B | |



[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

| | |
|--|--|
| | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | 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

Docteur ACHOURI M.

Professeur à la F.M.C

NEUROCHIRURGIEN

NEUROCHIRURGIEN PEDIATRE

Diplômé de la Faculté

de Medecine de Marseille-France

Membre de la SNL Française

76, Bd.Abdelmoumen Résidence

Koutoubia 4^{ème} étage - Casablanca

E-mail : machouri2002@yahoo.fr



الدكتور عشوري م،

أستاذ بكلية الطب

اختصاصي في أمراض و جراحة الدماغ

و الأعصاب و العمود الفقري

(الكبار - الأطفال - الرضع)

خريج كلية الطب برسييليا - فرنسا

76. شارع عبد المومن

إقامة كتبية. الطابق 4

الدار البيضاء

Casablanca, le 3/10/19 في الدار البيضاء.

M^o. Kadja Nawal

1) Nootrifal 6
1/4 x 21 jour

2) Trizone 6
1/4 x 21 jour

3) Magne B6
1/4 x 6 jour

de
medic

Professeur M. ACHOURI
Neurochirurgien
76, Bd. Abdelmoumen, Résidence
Koutoubia 4^{ème} Etage - Casablanca
A revoir dans 522 98 03 75

Tél : 05 22 98 03 75 / 05 22 98 10 63

PHARMACIE DAHAN

KADJAJ NAWAL

106 Av. Charles de Gaulle

92200 NEUILLY / SEINE

Tel : 01 46 24 14 96

MEDECIN ETRANGER

922019104

Util: 4

Prescrit : 03/10/2019

Delivre : 12/10/2019

543749

1 3400932663712 NOOTROPYL 800mg Cpr pell B

L0480736

0%HD 0,00 PU 11,50

1 3401540380633 MAG 2 24H Cpr LP nervosite

0%HD 0,00 PU 12,90

RD 0,00

RC 0,00

Ass 24,40 Total 24,40



joindre la prescription
sauf si renouvellement

feuille de soins pharmacien ou fournisseur

N° 11389*05

Utilisateur : 4

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

5 4 3 7 4 9
date 1 2 1 0 2 0 1 9

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 **KADJAJ NAWAL**

(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

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)

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

SAN PHARMACIE DAHAN

50 PHARMACIEN

CONVENTIONNEE

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

106 AVENUE CHARLES DE GAULLE
SELEURL

92200 NEULLY SUR SEINE

Tél 0146241496

=> 92 2 01910 4 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 ETRANGER**

identifiant

raison sociale

n° de la structure
(AM, FINISS 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 0 3 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)

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

ou

date

J J M M A A A A

| Code | CIP / LPP | U.P | Qté | P.U. | TOTAL Libellé | Nb Bte | Substi. | Début loc | Fin loc |
|------|---------------|-----|-----|-------|---|--------|---------|-----------|---------|
| PHN | 3400932663712 | | 1 | 11,50 | 11,50 NOOTROPYL 800mg Cpr pell B/45 | | | | |
| PHN | 3401540380633 | | 1 | 12,90 | 12,90 MAG 2 24H Cpr LP nervosité fatigue B/45 | | | | |

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

2 4 4 0

Montant mutuelle : 0,00

Montant assuré : 24,40

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 DAHAN

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.