

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0060469

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 868 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Slaoui Frouma

Date de naissance : 18/08/1981

Adresse : Résidence Yasmine El D

45 Bd gladioli Casablanca

Tél. : 66250695 Total des frais engagés : Euro 74,66 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément
C.F.

Date de consultation : 19/03/2024

Nom et prénom du malade : Slaoui Frouma Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : 17/04/2024

Signature de l'adhérent(e) :

Slaoui

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

Autorisation CNDP N° : A-A-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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 :

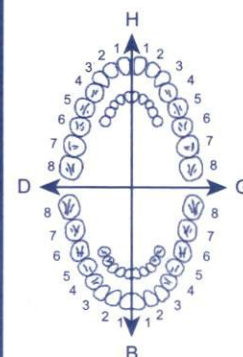
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 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'EXECUTION

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 SLAUI FRANCOISE

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation 2 4 1 0 8 7 6 5 4 0 0 5 3 8 4

0 1 7 7 1 0 0 4 1

date de naissance

1 3 0 8 1 9 4 1

771 CPAM MELUN RUBELLES
code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense de versement 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 SLAUI FRANCOISE

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation 2 4 1 0 8 7 6 5 4 0 0 5 3 8 4

ADRESSE de L'ASSURE(E)

RES YASMINE ESC D 2 ETG 45 BD GANDHI 99350 CASABLANCA 20370 MAROC

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

PHARMACIE MESNARD

42 AVENUE DE BRETEUIL

75007 PARIS 7E ARRONDISSEMENT

Tél : 01.47.83.59.82

10000427905

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

PHARMACIE MESNARD

752038125

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom HOP LES 15 20

identifiant

1 0 0 0 0 2 5 2 9 2 3

raison sociale

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

7 5 0 0 0 0 4 8 1

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

1 9 0 3 2 0 2 4

date de l'accord préalable (le cas échéant)

X 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 X

oui

date

AT/MP

numéro

ou

date

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée

| Code | CIP / LPP | U.P | Qté | Remb. | P.U. | TOTAL Libellé | Nb Bte | Substi. | Presc. Déb. loc | Fin loc |
|------|---------------|-----|-----|-------|-------|---|--------|---------|-----------------|---------|
| PH7 | 3400936009011 | | 6 | 6,42 | 6,42 | 38,52 CARTEOL LP 2% Collyr LP 30Unid/Q 2ml | | | | |
| HD7 | | | 6 | 1,02 | 1,02 | 6,12 Honoraire de dispensation niveau 7 | | | | |
| PH7 | 3400926738266 | | 6 | 8,78 | 8,78 | 52,68 MONOPROST 50µg/ml Collyr unidose 30 | | | | |
| HD7 | | | 6 | 1,02 | 1,02 | 6,12 Honoraire de dispensation niveau 7 | | | | |
| AAD | 1192020 | | 6 | 7,87 | 11,01 | 66,06 SOLUTION A USAGE OPHTHALMIQUE, SAN | | | | |
| HDR | | | 1 | 0,51 | 0,51 | 0,51 Honoraire de dispensation pour delivran | | | | |
| HDA | | | 1 | 1,58 | 1,58 | 1,58 Honoraire de dispensation lie a l'age de l | | | | |

PAIEMENT

Montant primaire : 96,93

MONTANT TOTAL
en euros

1 7 1 5 9

Montant mutuelle : 0,00

Montant assuré : 74,66

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 fournisseurPharmacie MESNARD
42, Avenue de Breteuil
75007 PARIS
Tél : 47.83.59.82 FAX : 47.83.95.44
75 2 01911 7signature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

Centre hospitalier
National d'Ophtalmologie des
Quinze-Vingts

28, rue de Charenton
75571 Paris cedex 12
Tel : 01 40 02 15 20



QUINZE-VINGTS
CENTRE HOSPITALIER NATIONAL D'OPHTALMOLOGIE

N° FINESS



750000481

CENTRE DU GLAUCOME

Tél : 01 40 02 16 18

(de 9h30 à 12h30)

Fax : 01 40 02 16 31

Mail : glaucome@15-20.fr

IPP: 1464508

Nom: SLAOUI

Prénom: FRANCOISE

Nom de naissance: BURETTE

Date de naissance: 13/08/1941

Paris, le 19/03/2024

Pharmacie MESNARD
12, Avenue de Breteuil
75007 PARIS
03812 5
83 59 82
25 44

ORDONNANCE

- CARTEOL LP 2% Collyre unidose

1 goutte matin _dans les deux yeux

6 mois

- MONOPROST Collyre unidose

1 goutte le soir au coucher _dans les deux yeux

6 mois

- CATIONORM Collyre

1 goutte 3 fois par jour dans les deux yeux

6 mois

Depuis à l'échec
le 24/03/24
pour 6 mois.

Docteur THOMAS BOUAZIZ
Ophtalmologiste

N° RPPS



10001894703

ORIGINAL

PHARMACIE MESNARD

42 AVENUE DE BRETEUIL
75007 PARIS 7E ARRONDISSEMENT
France
Tel : 01.47.83.59.82
Fax : 01 47 83 95 44
Email : pharmacie.mesnard@free.fr

SLAUI FRANCOISE - 31205
RES YASMINE ESC D 2 ETG
45 BD GANDHI
99350 CASABLANCA 20370 MAROC
France

SLAUI FRANCOISE - Délivrance sur ordonnance - Ticket 2024008989 du 20/03/2024

| Code | Désignation | Qté | Prix TTC unitaire | Prix HT unitaire | % remise | Montant Total HT | Taux TVA |
|---------------|--|-----|-------------------|------------------|----------|------------------|----------|
| 3400936009011 | CARTEOL LP 2% Collyr LP 30Unid/0,2ml | 6 | 6,42 | 6,288 | 0,00 % | 37,728 | 2,10 % |
| | Honoraire simple | 6 | 1,02 | 0,999 | 0,00 % | 5,994 | 2,10 % |
| 3400926738266 | MONOPROST 50µg/ml Collyr unidose 30Unid/0,2ml | 6 | 8,78 | 8,599 | 0,00 % | 51,596 | 2,10 % |
| | Honoraire simple | 6 | 1,02 | 0,999 | 0,00 % | 5,994 | 2,10 % |
| 3401097988672 | CATIONORM MULTI Emul ophtalm séch ocul 10ml | 6 | 11,01 | 9,175 | 0,00 % | 55,050 | 20,00 % |
| | 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 : 7

Solde de votre compte : -74,66 €

| Taux TVA | Base HT | Remise globale | Frais de livraison | HT Net | Montant TVA | Montant TTC |
|----------|---------|----------------|--------------------|--------|-------------|-------------|
| 2,10 % | 103,36 | | | 103,36 | 2,17 | 105,53 € |
| 20,00 % | 55,05 | | | 55,05 | 11,01 | 66,06 € |

Règlements

Chèque bancaire
Crédit

74,66 €
96,93 €

Montant total HT 158,41 €
Montant total TVA 13,18 €
Montant total TTC 171,59 €

| | |
|-----------------|------------|
| Net à payer | 171,59 € |
| Date d'échéance | 20/03/2024 |

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 €.

au capital de 0,00 € - SIRET n° 75212321600018 NAF 4773Z TVA n°FR86752123216 - RCS : 752123216

EO2.0 V215.3 (NF525) B 0416 a4a3

Poste : LEO20

Partie à joindre avec votre règlement

Facture n° 2024005533 du 20/03/2024 pour un montant de 96,93 €

En cas de règlement par virement, merci d'utiliser le compte :

CL Paris IBAN : FR6630002004870000005687V06 BIC : CRLYFRPP