

## 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

- 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



## Déclaration de Maladie

M22- 0034211

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6071 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ALAOUI Mohamed  
Date de naissance :  
Adresse : BOUZKOURA GOLF city ville Verte n° 81A - Casablanca  
Tél. : 0608016655 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
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 : Le :  
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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

**PHARMACIE SAJUS**  
Dr Marc SAJUS  
226, Bvd Saint Denis  
92400 Courbevoie  
Tél. : 01 43 33 52 28  
N° 92 2 019 732

### 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

A M

P C

I M

I V

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 :**

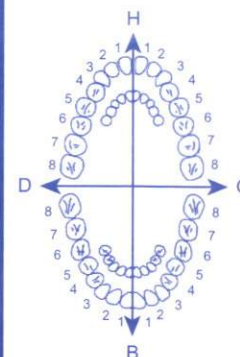
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

#### 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	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

**(Création, remont, adjonction)**

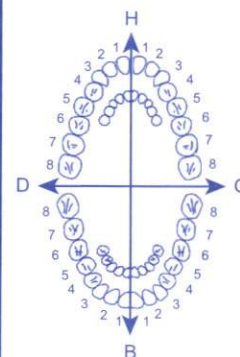
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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





**PHARMACIE SAJUS**  
**SAJUS MARC**  
 226 Bd Saint Denis  
 92400 COURBEVOIE

N° SIREN : 530521962  
 N° TVA intracommunautaire : FR83530521962  
 Code NAF : 4773Z

N° téléphone : 01.43.33.52.28  
 E mail : 922019732@cl.alliadis.net

ALAOUI MOHAMMED

199 RUE JEAN BAPTISTE CHA  
 92400 COURBEVOIE  
 FRANCE

Caisse : 01 Opérateur n° 2 CC  
 Client : ALAOUI MOHAMMED

**Facture n° 194269 du 27/04/2023 - vente n° 123042700027 - FSE n° 387650**

Code	Désignation	Qté	P.U.HT	Net HT (arrondi)	Taux TVA	Net TTC
34009 3377142 3	XENETIX 350MG/ML FL 150ML 1	1	53,526	53,53	2,10	54,65
	HONORAIRE DE DISPENSATION	1	0,999	1,00	2,10	1,02
HDA	HONORAIRES LIÉS À L'AGE DU PATIENT	1	1,548	1,55	2,10	1,58
HDR	HONORAIRES MÉDICAMENT REMBOURSABLE	1	0,500	0,50	2,10	0,51

Quantité Produit : 1

Banque: BNP PARIBAS

IBAN: FR76 3000 4014 7400 0100 2486 621

Taux de TVA	Net HT	Montant TVA	Montant TTC
2,10	56,57	1,19	57,76
Totaux	56,57	1,19	<b>57,76</b>

Part principale	37,54	Part assuré	20,22
Part complémentaire			

**Net à payer 20,22**

Membre d'une association agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté

Réglée partiellement (20.22 € en ESPECES), date d'échéance pour le reste dû : 27/04/2023

Indemnité forfaitaire pour frais de recouvrement en cas de paiement à une date ultérieure à celle figurant sur la facture : 40 €. Si les frais de recouvrement sont supérieurs à ce montant, une indemnisation complémentaire sera due, sur présentation des justificatifs.

PHARMACIE SAJUS  
226 Bd Saint Denis  
92400 COURBEVOIE  
Malade: MOHAMMED ALAOUJ

Date Fact: 27/04/2023  
Vendeur : CECILE CARLES  
Tel : 01.43.33.52.28  
N°SS : 142129938041289

N° Facture : 387650 (Facture 1/3 Payant)

Qté	DESIGNATION	PRX/U	BR	HD	TX	Ordo
1	XENETIX 350MG/ML FL 150ML	54,65	54,65	1,02	65	460329
	3400933771423					

Honor. Dispens. 2,09

TOTAL : 57,76 TOTAL ASSURE : 20,22

TOTAL AMO (CPAM 92) : 37,54 TOTAL AMC : 0,00

**Hôpital Bicêtre**  
78 rue du Général Leclerc  
94275 LE KREMLIN BICETRE  
Standard : 01 45 21 21 21

N° FINESS



Prénom et Nom du patient :

**M ALAOUI, MOHAMMED**

Age : 80 ans

**SERVICE DE RADIOLOGIE  
ADULTE**

Le Kremlin-Bicêtre, le 15 février 2023

Chef de service  
**Pr Marie-France BELLIN**  
☎ 01 45 21 33 87  
📠 01 45 21 32 00  
@ marie-france.bellin@aphp.fr

## **ORDONNANCE**

ACTE GRATUIT

Secrétariat général :  
☎ 01 45 21 33 72  
☎ 01 45 21 33 73  
☎ 01 45 21 30 43  
📠 01 45 21 32 09  
@ brv.radiogen.bct@aphp.fr

Cadres :  
☎ 01 45 21 23 45  
☎ 01 45 21 35 86

Accueil :  
☎ 01 45 21 33 78

Rendez-vous :  
☎ 01 45 21 28 38  
📠 01 45 21 33 70

Mammographie :  
☎ 01 45 21 72 33  
☎ 01 45 21 28 09  
📠 01 45 21 32 09

### **Pour un examen de scanner**

*Pensez à vous procurer chez votre pharmacien (72 heures à l'avance) le produit suivant :*

- **XENETIX 350 mg : 1 trousse de flacon de 150 ml EXP**  
**Code CIP 3400933771423**  
**Non substituable**

*A apporter le jour de votre examen*

Pr M.F. BELLIN