

## 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

- 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-797861

A 80246

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres	
Cadre réservé à l'adhérent(e)				
Matricule : 3078				
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Société : Bouymida Alouelaz 33	
Nom & Prénom : Bouymida Alouelaz 33				
Date de naissance : 30/09/1994				
Adresse : Résidence 5 Hadassam Rue 6				
Tél. : 05 22 08 41 16 Total des frais engagés : Dhs				

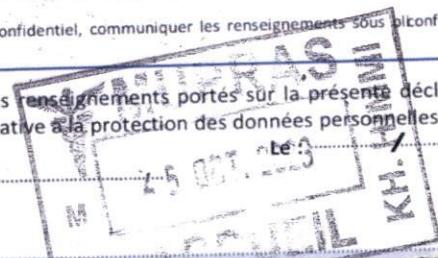
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
DR. BENNIS Khalid	
Date de consultation : 22/08/2019	
Nom et prénom du malade : Bouymida Khalid	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Cirrhose chronique	
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 :

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
05/10/2023	Contrôle	gratuit		INP : 0911026150 Dr. BENNIS Khalid HEMATO GASTRO ENDO CRUROLOGIE RADIOLOGIE MEDICO CHIRURGICALE 21, Avenue du Forez 69310 MUREPAS 04 78 41 15 22

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
Pharmacie du Forez	6/10/23	130,57

21, Avenue du Forez  
78310 MUREPAS  
Tél : 01 30 50 56 95  
Fax : 01 30 50 90 76  
N° ID 782014005

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

**Docteur BENNIS Khalid**

Spécialiste en Hépato-Gastroentérologie

Proctologie Médicale et Chirurgicale

Diplôme de la Faculté de Médecine d'ANGERS et de PARIS

Diplôme d'Échographie Abdominale - Paris

Diplôme de Proctologie Médico-Chirurgicale - Paris (Saint Louis)

Membre de la Société française de Colo-Proctologie

Membre de la Société française d'Endoscopie Digestive

Casablanca, le 05/10/13

Boukhmid Khalid

Declaran

200

1 - 0 - 1

à 6 mois

Dr. BENNIS Khalid  
HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE  
PROCTOLOGIE MEDICO CHIRURGICALE  
Rés Mawlid 4 Angle Bd. Abdelmoumen  
et Bd. Anoual Casablanca  
Tél: 06 22 98 41 16

Résidence " AL Mawlid 4 " Angle Bd, Abdelmoumen et Bd, Anoual  
2ème Etage N° " A 24 " - CASABLANCA - Tél. : 05.22.98.41.16  
Portable Cabinet : 06 65 04 25 69

## FACTURE

N°8891/663413

Du 06/10/2023

Date de l'échéance 07/10/2023

## ETRANGER

dd

78310 COIGNIERES

FRANCE

Prescripteur : ETRANGER Medecin

Opérateur: AURELIE C

Désignation Code produit		Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
THERALENE GTT 4PC FL 30ML 3400931053088	PH2	0	2	2,10%	4,92
N° Ordonnancier : 884634					

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
5,42	2,1% (4)	0,11	5,53
<b>Total HT</b>		<b>Total TVA</b>	<b>Total TTC</b>
<b>5,42</b>		<b>0,11</b>	<b>5,53</b>

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	5,53

Mode(s) de règlement	
versolements multiples	
(CB)	5,53

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

**PAYÉ**

Pharmacie du Forez  
21 Avenue du Forez  
78310 MAUREPAS  
Tél. 01 30 50 56 95  
Fax 01 30 50 90 76  
ID 782014005

(u) indique les quantités unitaires

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

## FACTURE

N°8890/663411

Du 06/10/2023

Date de l'échéance 07/10/2023

**ETRANGER**  
 dd  
 78310 COIGNIERES  
 FRANCE

Prescripteur : ETRANGER Medecin

Opérateur: AURELIE C

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
DELURSAN 500MG CPR SEC 60 3400921931211	PH7	0	3	40,656	2,10%	121,97
N° Ordonnancier : 884630						
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
122,47	2,1% (4)	2,57	125,04
<b>Total HT</b>		<b>Total TVA</b>	<b>Total TTC</b>
122,47		2,57	125,04

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	125,04

Mode(s) de règlement	
Règlements multiples (CB)	125,04
<b>Reste dû</b>	<b>0,00</b>
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

**PAYÉ** **PAYÉ**

Pharmacie du Forez  
 21, Avenue du Forez  
 78310 MAUREPAS  
 Tel. : 01 30 50 56 95  
 Fax : 01 30 50 90 76  
 N° ID 782014005

(u) indique les quantités unitaires

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

CARTE BANCAIRE

A0000000421010  
CB INVENTIVE  
LE 06/10/23 A 16:46:54  
SELARL PHARMACIE  
78310  
MAUREPAS  
2477424 80912652700013  
30002  
#####8789  
D5B01FE2AC8B4F6C  
001 000007 252 C @  
NO AUTO: 341434

MONTANT :

**130,57 EUR**

DEBIT

TICKET CLIENT  
A CONSERVER