

## 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° W21-797861

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3078 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : BOUHMISSA Abdelaziz

Date de naissance : 30/09/1964

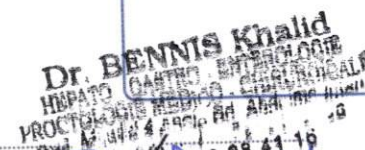
Adresse : Residence Had amon Rue 6  
64 EL OULEFA

Tél. : 0650397174 Total des frais engagés : ..... Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/10/2023

Nom et prénom du malade : BOUHMISSA Khadija Age : .....

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

Nature de la maladie : Carthage bahraini Taie

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) : .....

VOLET ADHERENT



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 05/10/2023      | Contrôle          |                       | gratuit                         | INP : 0911026150   |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

Dr. BENNIS Khalid  
HEPATO GASTRO ENDOCRINOLOGIE  
GASTRO ENDOCRINOLOGIE - CHIRURGICALE  
Ass. Méd. 4, rue de la République  
01 30 50 90 76

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien   | Date    | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
| Pharmacie du Forez<br>21, Avenue du Forez<br>78310 MAUREPAS<br>Tél : 01 30 50 56 95<br>Fax : 01 30 50 90 76<br>N° ID 782014005 | 6/10/23 | 120€57                |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

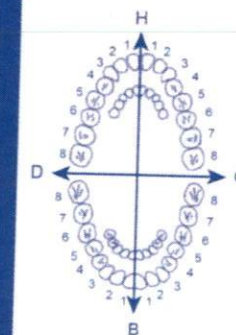
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

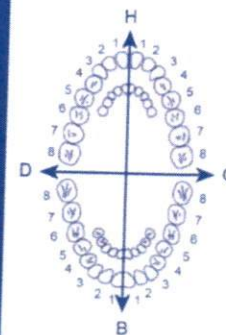
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

### VOLET ADHERENT

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



### 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

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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

## Docteur BENNIS Khalid

Spécialiste en Hépatogastroentérologie

Proctologie Médicale et Chirurgicale

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

Diplôme d'Echographie 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 05/10/23

Bonhomme da Khadija

Delus an

200

1-0-1

x 6 mois

Dr. BENNIS Khalid  
HEPATO GASTRO-ENTEROLOGIE  
PROCTOLOGIE MEDICO CHIRURGICALE  
Rés Mawlid 4 Angle Bd Abdelmoumen  
et Bd Anoual Casablanca  
Tél 05 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



pharmacie du forez PHARMACIE DU FOREZ  
au capital social de 1 euros  
. MME HACAULT  
21 AVENUE DU FOREZ  
78310 MAUREPAS  
FRANCE  
Tel: 0130505695 Fax: 0974978145  
Email: equipeforez@gmail.com  
N° SIRET : 80912652700013 - N° SIREN : 809126527  
TVA Intracommunautaire : FR86809126527  
RCS : 809126527 - Ville de greffe :  
Code NAF/APE: 4773Z

Page 1 / 1

# 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<br>Code produit  | Qté     | PUHT  | Taux<br>TVA | Montant<br>Total HT |
|--|---------|-------|-------------|---------------------|
| THERALENE GTT 4PC FL 30ML<br>3400931053088<br>N° Ordonnancier : 884634 | PH2 0 2 | 2,458 | 2,10%       | 4,92                |
| Honor. dispens. HDR  | HDR 0 1 | 0,500 | 2,10%       | 0,50                |

| 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> |
| 5,42            |              | 0,11             | 5,53             |

Part AMO 0,00

Part AMC 0,00

Part Client 5,53

Mode(s) de règlement

Règlements 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  
N° ID 782014005

(u) indique les quantités unitaires

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



pharmacie du forez PHARMACIE DU FOREZ

au capital social de 1 euros

MME HACAULT

21 AVENUE DU FOREZ

78310 MAUREPAS

FRANCE

Tel: 0130505695 Fax: 0974978145

Email: equipeforez@gmail.com

N° SIRET : 80912652700013 - N° SIREN : 809126527

TVA Intracommunautaire : FR86809126527

RCS : 809126527 - Ville de greffe : .

Code NAF/APE: 4773Z

Page

1 / 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<br>Code produit  | Prest | Taux<br>Remb | Qté | PUHT   | Taux<br>TVA | Montant<br>Total HT |
|--|-------|--------------|-----|--------|-------------|---------------------|
| DELURSAN 500MG CPR SEC 60<br>3400921931211<br>N° Ordonnancier : 884630 | PH7   | 0            | 3   | 40,656 | 2,10%       | 121,97              |
| 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

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**

**PAYÉ**

Pharmacie du Forez  
21, Avenue du Forez  
78310 MAUREPAS  
Tel : 01 30 50 56 95  
Fax : 01 30 50 80 76  
N° ID 782014005

(u) indique les quantités unitaires

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

(NF525) 127//1/FACTURATION/FACTURE/VJNM/NEQJ/NEQZ/2.20/2.20.3.1.R3/0/B525/0370-4/426087

CARTE BANCAIRE

A00000000421010

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

-