

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Maladie :

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

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° P19-0048978

ND: 37249

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3098 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUYMAA Abdelaziz

Date de naissance : 30/09/1947

Adresse : Résidence Hadama Rue 6 n° 64

EL OULFA

Tél. : 0650391134 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Dr. BENNIS Khalid
HEPATO GASTRO - ENTEROLOGIE
PROCTOLOGIE MEDICO CHIRURGICALE
Rés. Mawla 4 Angle Bd Abdelmoumen
et Bd Anoual - Casablanca
Tél 05 22 98 41 16

Date de consultation : 12/05/2020

Nom et prénom du malade : Bouhmda Khadya Age :

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

Nature de la maladie : Cancer

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

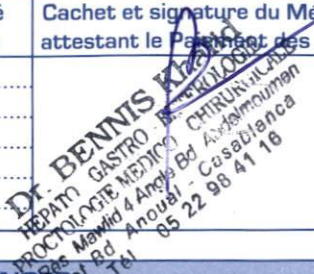
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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
12/05/20	Contrôle	1		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES ORMES 95, rue des Ormes 77515 FAREMOUTIERS 77 2 01127 6	12/05/20	Cont. quinquante et un euros et cinquante centimes + honoraires Cont. quarante deux euros cinq

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

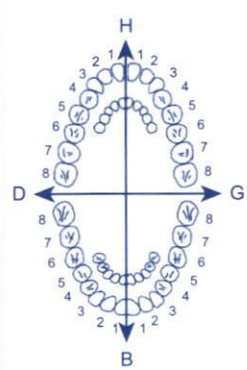
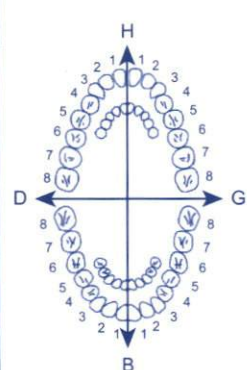
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

ORDONNANCE

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

Casa, Le: 12/05/2022

Boahmedes
Khadyr

Dclursan

500

$\frac{1}{2}$

0 -

$\frac{1}{2}$

2 6 ans

Selart PHARMACIE DES ORMES
95, rue des Ormes
77515 FAREMOUTIERS
77 2 01127 6


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

ORIGINAL

PHARMACIE JOURDAIN - LAMAURT

95 Rue des ORMES
77515 FAREMOUTIERS
France
Tel : 01 64 04 20 62
Fax : 01 64 04 24 92
Email : pharmaciedesormes@gmail.com

BOUHMIDA KHADIJA - 61238

00000 Casablanca
Maroc

BOUHMIDA KHADIJA - Délivrance sur ordonnance - Ticket 2020043808

Code	Désignation	Qté	Prix TTC unitaire	Prix HT unitaire	% remise	Montant Total HT	Taux TVA
3400921931211	DELURSAN 500mg Cpr pesé Plq/60	3	46,18	45,230	0,00 %	135,690	2,10 %
	Honoraire simple	3	1,02	0,999	0,00 %	2,997	2,10 %
	Honoraire médicament remboursable	1	0,51	0,500	0,00 %	0,500	2,10 %

Nombre de lignes : 3

Solde de votre compte : -142,11 €

Taux TVA	Base HT	Remise globale	Frais de livraison	HT Net	Montant TVA	Montant TTC
2,10 %	139,19			139,19	2,92	142,11 €

Règlements

Carte bancaire 142,11 €

Acquittée

Montant total HT 139,19 €
Montant total TTC 142,11 €

Net à payer	142,11 €
Date d'échéance	13/05/2020

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 €.