

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 canalaire, 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 canalaire.

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 caractére personnel.

UPRAS : 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

ND: 27565

Déclaration de Maladie : N° P19- 0014832

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3523 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENNI S FARIDA Date de naissance :

Adresse : Rés. Raoud El Azhar Rue Ibnou Hazem Apt B 102

Tél. : 15415 Extensio Total des frais engagés : 3680,00 DH Dhs

+ 19,99 Euros

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/05/2020

Nom et prénom du malade : MR BENNIS Farida Age : 67 ans

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 : 29/05/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19- 0014832

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 3523

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés : 3680,00 DH

Date de dépôt : + 19,99 €

Coupon à conserver par 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
29 AVR. 2008 C2 K-16 (ECG)			300 DT	Docteur Hassan YOUSSEF CARDIOLOGUE 20, Rue Oumaima SAYAH Bd. Al Massira Al Khadra Casablanca 22 39 31 01 - Fax: 02 23 36 91 Inp.: 09 14 00 21 3

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/04/2020	3380,-

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Çachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

VOLET ADHERENT

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

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODT.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
	B

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

40
hu

الدكتور حسن جملي
أمراض القلب والشرايين

Dr. Hassan JAMMI
CARDIOLOGUE

Diplômé de l'Université de Nice - Sophia Antipolis
Ex. Assistant spécialiste des Hôpitaux de France

CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Résidence Star Youness , Rue Oumaima Sayeh, N°20, 2ème étage, Appt. N°6
Boulevard Al Massira Al Khadra , Quartier Racine - Casablanca 20000

PHARMACIE PRINCIPALE
Mohamed Said LEBBAR
Pharmacie
Rond Point Mers Sultan 20000 Casablanca
Tél : 05 22 22 11 10 - R.C. Casa : 149824
CNSS : 110761 - F. 5000222 - P. 0522 36 79 35
ICE N° : 0913977710030345
INPE : 092049261

29 AVR. 2020

Benni s faide

Emre 170

Nesli 65

Stilnox 100

083
PHARMACIE PRINCIPALE
Mohamed Said LEBBAR

Docteur Hassan JAMMI
CARDIOLOGUE
20, Rue Oumaima SAYAH
Bd. Al Massira Al Khadra - Casa
Tél.: 0522 39 31 01 | Fax: 0522 36 79 35
INP : 091080218

GSM : 06 61 14 94 22
Tél : 05 22 39 31 01
Fax : 05 22 36 79 35



611800103058 3

EXFORGE ○
5mg/80mg28 comprimés pelliculés
PPV : 296.00 DH

611800103058 3

EXFORGE ○
5mg/80mg28 comprimés pelliculés
PPV : 296.00 DH

611800103058 3

EXFORGE ○
5mg/80mg28 comprimés pelliculés
PPV : 296.00 DH

611800103058 3

EXFORGE ○
5mg/80mg28 comprimés pelliculés
PPV : 296.00 DH

611800103058 3

EXFORGE ○
5mg/80mg28 comprimés pelliculés
PPV : 296.00 DH

611800103058 3

EXFORGE ○
5mg/80mg28 comprimés pelliculés
PPV : 296.00 DH

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg

28 comprimés ○

PPV 162DH60

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg

28 comprimés ○

PPV 162DH60

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg

28 comprimés ○

PPV 162DH60

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg

28 comprimés ○

PPV 162DH60

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg

28 comprimés ○

PPV 162DH60

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg

28 comprimés ○

PPV 162DH60

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg

28 comprimés ○

PPV 162DH60

Docteur Véronique FOGIEL
MÉDECINE GÉNÉRALE

35, rue Trébois
92300 LEVALLOIS
FRANCE

Fonction

Bernard

Prise de RDV : +33 (0)1 76 21 75 64
Ligne directe : +33 (0)1 42 70 00 12
E-mail : vero.fogiel@free.fr

N° RPPS



10001515922

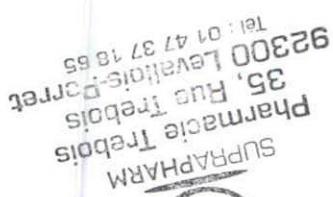
Le 23/02/20



Exforge 5/80

~ 40

1 mois



Nebivolol 5 mg.

~ 40

1 mois



023423720100

N° AM



921177085

En cas d'absence ou d'urgence, appeler le 01 46 03 77 44 (SOS 92) ou appeler le 15.

03/02/2020, ord. 03/02/2020,

BENNIS FARIDA

Total: 15,95EUR

1x13,55EUR 7 34005 3781739 2 EXFORGE 5MG/80MG CPR BT30

1x6,04EUR 7 34009 3003833 0 NEBIVOLOL NYP 5MG CPR BT30

PHARMACIE TREBOIS

TEL : 01 47 37 18 65

92201E734 DP : 6

Facture

Numéro de facture	Date	Code client
200005722	03/02/2020	

922012794**PHARMACIE TREBOIS**

35, rue Trebois
92300 LEVALLOIS PERRET
FRANCE
Tél : 01 47 37 18 65
Fax :
E-Mail :

BENNIS FARIDA**92300 LEVALLOIS PERRET**

SIRET : APE :

TVA Intracommunautaire :
SG 30003 03870 00020207507 56Mode de règlement : Carte Bancaire
Echéance : 01/03/2020

Code13Réf	Désignation	Qté	HT U Brut	%Rem	HT U Net	Mt HT Net	%TVA
34009 3781759 2	EXFORGE 5MG/80MG CPR BT30	1	13,6631	0,00	13,6631	13,66	2,1
34009 3003839 0	NEBIVOLOL MYP 5MG CPR BT30	1	5,9158	0,00	5,9158	5,92	2,1

Quantité totale des produits : 2

Taux TVA	HT Brut	%Rem	Remise	HT Net	TVA	Total Net HT	
2,1%	19,58	0,00%	0,00	19,58	0,41	19,58 EUR	
						TVA	0,41 EUR
						Montant TTC	19,99 EUR

Totaux	19,58	0,00%	0,00	19,58	0,41
--------	-------	-------	------	-------	------

Pharmacie acceptant le règlement des sommes dues par chèque, libellé à son nom en sa qualité de membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale.
En cas de non paiement à la date d'échéance indiquée, l'acheteur sera de plein droit redevable de l'application d'un intérêt de retard calculé sur l'intégralité des sommes restant dues, intérêt d'un montant égal à deux fois le taux d'intérêt légal, montant auquel viendra s'ajouter une indemnité forfaitaire de recouvrement de 40 euros.

PHARMACIE TREBOIS
35, Rue Trebois
92300 Levallois-Perret
Tél: 01 47 37 18 65