

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES RÉMBOURSEMENTS 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 chronique :

- 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
- Prendre 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° M21- 073256

NO: 81879

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6071 Société : reliante

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ALAOUI Mohamed

Date de naissance : 1942

Adresse : BOUZKOURA GOLF City villa Verte n°81A

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 :

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 : 19 / 7 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-73256

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



[illegible][illegible][illegible][illegible]

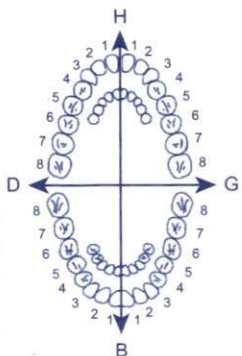
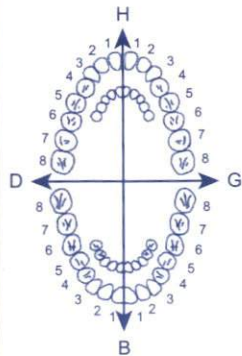
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OC

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



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

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

N° téléphone : 01.43.33.52.28

ALAOUI MOHAMMED

199 rue Jb Charcot  
 92400 COURBEVOIE  
 France

Tél. : 0760751955

Caisse : 01 Opérateur n° 2 CC

**Facture n° 109271 du 08/02/2021 - vente n° 121020800079 - FSE n° 343304**

Code	Désignation	Qté	P.U.HT	Montant Net HT	Taux TVA	Net TTC
34009 3432616 5	MYDRIATICUM 2MG/0,4ML COL DOSE 1	1	1,205	1,20	2,10	1,23
	HONORAIRE DE DISPENSATION	1	0,999	1,00	2,10	1,02
34009 3410543 2	IOPIDINE 1% COL UNIDOSE 0,25ML 2	4	10,059	40,24	2,10	41,08
	HONORAIRE DE DISPENSATION	4	0,999	4,00	2,10	4,08
34009 3464668 3	INDOCOLLYRE 0,1% COL DOSE 20	1	2,899	2,90	2,10	2,96
	HONORAIRE DE DISPENSATION	1	0,999	1,00	2,10	1,02
HDR	HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE	1	0,500	0,50	2,10	0,51
HDA	HONORAIRE LIE A L'AGE DU PATIENT	1	1,548	1,55	2,10	1,58
Totaux		6		52,39 €		53,48 €

Banque: BNP PARIBAS
IBAN: FR76 3000 4014 7400 0100 2486 621

Taux de TVA	Net HT	Montant TVA	Montant TTC
2,10	52,39	1,09	53,48
Totaux	52,39	1,09	<b>53,48</b>

Part principale	34,75	Part assuré	18,73
Part complémentaire			

<b>Net à payer</b>	<b>18,73</b>
--------------------	--------------

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

Réglée partiellement (18.73 € en ESPECES), date d'échéance pour le reste dû : 08/02/2021.

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

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

N° téléphone : 01.43.33.52.28

ALAOUI MOHAMMED

199 rue Jb Charcot  
 92400 COURBEVOIE  
 France

Tél. : 0760751955

Caisse : 01 Opérateur n° 2 CC

**Facture n° 112073 du 06/03/2021 - vente n° 121030600021 - FSE n° 344772**

Banque: BNP PARIBAS
IBAN: FR76 3000 4014 7400 0100 2486 621

Taux de TVA	Net HT	Montant TVA	Montant TTC
2,10	21,72	0,45	22,17
20,00	4,56	0,91	5,47
<b>Totaux</b>	<b>26,28</b>	<b>1,36</b>	<b>27,64</b>

Part principale	15,32	Part assuré	12,32
Part complémentaire			

<b>Net à payer</b>	<b>12,32</b>
--------------------	--------------

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

Réglée partiellement (-0.24 € en ESPECES), date d'échéance pour le reste dû : 06/03/2021.

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.



**CABINET DU DR PIERRE DUMOULIN**

**Monsieur DUMOULIN PIERRE**

03 Cardiologie

921087524

**Facture N°000007118 du 05/02/2021**

## QUITTANCE

**Bénéficiaire des soins :** ALAOUI MOHAMMED

**N° Immatriculation :** 142129938041289

**Identification AMO :** Régim 01 Caisse 751 Centr 8954

**Identification AMC :** ---

**Tiers Payant :** Pas de tiers payant

Montant facturé	Montant AMO	Montant AMC	Montant assuré
74.00 €	44.98 €	0.00 €	74.00 €

### Actes effectués :

Date	Cotation	Montant Facturé	Part AMO	Part AMC
05/02/2021	APC	50.00 €	35.00 €	0.00 €
05/02/2021	DEQP003 1 0	24.00 €	9.98 €	0.00 €

**CABINET DU DR PIERRE DUMOULIN**

**Monsieur DUMOULIN PIERRE**

03 Cardiologie

921087524

**Facture N°000007118 du 05/02/2021**

## QUITTANCE

**Bénéficiaire des soins :** ALAOUI MOHAMMED

**N° Immatriculation :** 142129938041289

**Identification AMO :** Régim 01 Caisse 751 Centr 8954

**Identification AMC :** ---

**Tiers Payant :** Pas de tiers payant

Montant facturé	Montant AMO	Montant AMC	Montant assuré
74.00 €	44.98 €	0.00 €	74.00 €

### Actes effectués :

Date	Cotation	Montant Facturé	Part AMO	Part AMC
05/02/2021	APC	50.00 €	35.00 €	0.00 €
05/02/2021	DEQP003 1 0	24.00 €	9.98 €	0.00 €



PHARMACIE SAJUS  
SAJUS MARC  
226 Bd Saint Denis  
92400 COURBEVOIE  
France

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

N° téléphone : 01.43.33.52.28

ALAOUI MOHAMMED

199 rue Jb Charcot  
92400 COURBEVOIE  
France

Tél. : 0760751955

Caisse : 01 Opérateur n° 2 CC

Facture n° 112073 du 06/03/2021 - vente n° 121030600021 - FSE n° 344772

Code	Désignation	Qté	P.U.HT	Montant Net HT	Taux TVA	Net TTC
34009 3015150 1	TODEXAL GE COL 5ML	1	2,214	2,21	2,10	2,26
	HONORAIRE DE DISPENSATION	1	0,999	1,00	2,10	1,02
34009 3419538 9	INDOCOLLYRE 0,1% COL 5ML	2	2,997	5,99	2,10	6,12
	HONORAIRE DE DISPENSATION	2	0,999	2,00	2,10	2,04
34009 3479670 8	DACUDOSOL SOL LAV OPHT UNIDOSE 24	1	2,478	2,48	2,10	2,53
	HONORAIRE DE DISPENSATION	1	0,999	1,00	2,10	1,02
36646 6612391 5	VITADOMIA COMP ST NT 7,5X7,5 25X2	1	3,058	3,06	20,00	3,67
36646 6612340 3	VITADOMIA SPAR MICR 2,5MX9,14DEVID	1	1,500	1,50	20,00	1,80
34009 3003288 6	BRINZOLAMIDE 10MG/ML MYLAN COL 5ML	1	3,986	3,99	2,10	4,07
	HONORAIRE DE DISPENSATION	1	0,999	1,00	2,10	1,02
HDR	HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE	1	0,500	0,50	2,10	0,51
HDA	HONORAIRE LIE A L'AGE DU PATIENT	1	1,548	1,55	2,10	1,58
Totaux		7		26,28 €		27,64 €

Dr OLIVIER SYRIEX  
LBM CENTRAL 92  
Identification 920028032

Feuille de soin N°

Mr Mohammed ALAOU  
199 RUE JB CHARCOT

92400 COURBEVOIE

Réf. du dossier :  
C20210206030

COURBEVOIE, le Samedi 06 Février 2021

## **QUITTANCE D'HONORAIRES**

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Nous vous adressons le justificatif de paiement de vos honoraires (tiers payant) à présenter à la caisse pour votre remboursement.

Dossier

Demande N° C20210206030  
Date de l'examen : 06/02/2021

N° SS de l'assuré(e) : 142129938041289  
Né(e) le : 31/12/1942

### **Récapitulatif quittance d'honoraire :**

Total	Patient	Sécurité Sociale	Mutuelle
24.44	9.77	14.67	0.00

En vous remerciant, veuillez agréer, Madame, Mademoiselle, Monsieur, l'expression de nos sincères salutations.

