

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.

Diologie 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.

Education :

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.

Prothésaire :

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

Reclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Dhésion 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

Nº M21- 073256

ND : 81879

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6071 Société : *re lokale*

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ALAOUI Mohamed

Date de naissance : 1942

Adresse : BOUZ.KOURB. GOLF city villa verte n°b 81 A

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 : 14/07/2021

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº 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 :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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
				-

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

3326

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exi  s 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.

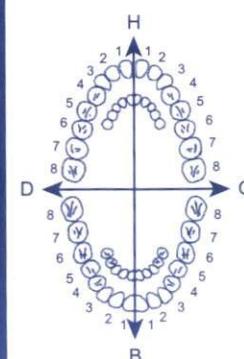
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'U

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



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	53,48

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

Net à payer	18,73
--------------------	--------------

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
Totaux	26,28	1,36	27,64

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

Net à payer	12,32
--------------------	--------------

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	DACUDOSES 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 ALAOUI
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.

