

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 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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 072740

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ALAOUI 6071 Société : retraité
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ALAOUI Mohamed
Date de naissance : 31-12-1942
Adresse : BOUZKOURA GOLF city villa Vert imble 81 A
Tél. : 0608016055 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 :

Le : 12/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Actes 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

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

PHARMACIE SAJUS

Dr Marc SAJUS
226, Bvd Saint Denis
92400 Courbevoie
Tél. : 01 43 33 52 28
N° 92 2 019 732

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé
des Honoraires

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

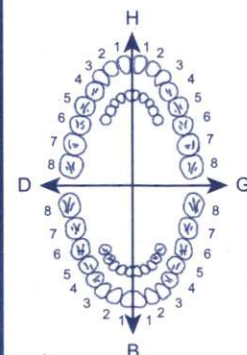
Coefficient

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

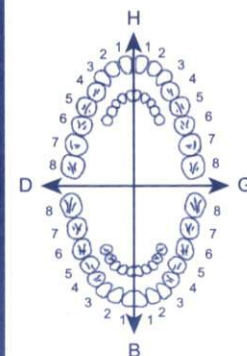
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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 JEAN BAPTISTE CHA
 92400 COURBEVOIE
 France

Caisse : 01 Opérateur n° 2 CC
 Client : ALAOUI MOHAMMED

Facture n° 169524 du 14/09/2022 - vente n° 122091400018 - FSE n° 374397

Code	Désignation	Qté	P.U.HT	Net HT (arrondi)	Taux TVA	Net TTC
34009 3704523 0	ALFUZOSINE LP 10MG VIAT CPR 30	1	8,580	8,58	2,10	8,76
	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

Quantité Produit : 1

Banque: BNP PARIBAS

IBAN: FR76 3000 4014 7400 0100 2486 621

Taux de TVA	Net HT	Montant TVA	Montant TTC
2,10	11,63	0,24	11,87
Totaux	11,63	0,24	11,87

Part principale	4,30	Part assuré	7,57
Part complémentaire			

Net à payer 7,57

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

Réglée partiellement (7.57 € en ESPECES), date d'échéance pour le reste dû : 14/09/2022

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 JEAN BAPTISTE CHA
 92400 COURBEVOIE
 France

Caisse : 01 Opérateur n° 2 CC
 Client : ALAOUI MOHAMMED

Facture n° 172623 du 13/10/2022 - vente n° 122101300056 - FSE n° 375899

Code	Désignation	Qté	P.U.HT	Net HT (arrondi)	Taux TVA	Net TTC
34009 3004076 8	SOLIFENACINE 5MG VIATRIS CPR 30X1	1	7,326	7,33	2,10	7,48
	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

Quantité Produit : 1

Banque: BNP PARIBAS

IBAN: FR76 3000 4014 7400 0100 2486 621

Taux de TVA	Net HT	Montant TVA	Montant TTC
2,10	10,37	0,22	10,59
Totaux	10,37	0,22	10,59

Part principale	3,91	Part assuré	6,68
Part complémentaire			

Net à payer	6,68
--------------------	-------------

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

Réglée partiellement (6.68 € en ESPECES), date d'échéance pour le reste dû : 13/10/2022

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 JEAN BAPTISTE CHA
 92400 COURBEVOIE
 France

Caisse : 01 Opérateur n° 2 CC
 Client : ALAOUI MOHAMMED

Facture n° 168239 du 31/08/2022 - vente n° 122083100020 - FSE n° 373787

Code	Désignation	Qté	P.U.HT	Net HT (arrondi)	Taux TVA	Net TTC
34009 3608802 3	AMOXICIL/CLAV 500/62,5MG MYL CPR24	2	5,769	11,54	2,10	11,78
	HONORAIRE DE DISPENSATION	2	0,999	2,00	2,10	2,04
34009 2209661 2	ULTRA LEVURE 200MG GELULE 10	1	6,273	6,27	10,00	6,90
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
HDE	HONORAIRE MEDICAMENT SPECIFIQUE	1	3,497	3,50	2,10	3,57

Quantité Produit : 3

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

Taux de TVA	Net HT	Montant TVA	Montant TTC
2,10	19,08	0,40	19,48
10,00	6,27	0,63	6,90
Totaux	25,35	1,03	26,38

Part principale	12,67	Part assuré	13,71
Part complémentaire			

Net à payer 13,71

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

Réglée partiellement (13.21 € en ESPECES), date d'échéance pour le reste dû : 31/08/2022

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 JEAN BAPTISTE CHA
 92400 COURBEVOIE
 France

Caisse : 01 Opérateur n° 2 CC
 Client : ALAOUI MOHAMMED

Facture n° 168886 du 07/09/2022 - vente n° 122090700022 - FSE n° 374107

Code	Désignation	Qté	P.U.HT	Net HT (arrondi)	Taux TVA	Net TTC
34009 3010493 4	SELEXID 200MG CPR 20	1	7,659	7,66	2,10	7,82
	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
HDE	HONORAIRE MEDICAMENT SPECIFIQUE	1	3,497	3,50	2,10	3,57

Quantité Produit : 1

Banque: BNP PARIBAS

IBAN: FR76 3000 4014 7400 0100 2486 621

Taux de TVA	Net HT	Montant TVA	Montant TTC
2,10	14,20	0,30	14,50
Totaux	14,20	0,30	14,50

Part principale	9,42	Part assuré	5,08
Part complémentaire			

Net à payer	5,08
--------------------	-------------

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

Réglée partiellement (5.08 € en ESPECES), date d'échéance pour le reste dû : 07/09/2022

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.