

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.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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



Déclaration de Maladie

M22- 0022550

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1419 Société : 139080
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HOUEIA LAHSEN
 Date de naissance : 15.06.1952
 Adresse : 7 lot Haliq Allée des Lauriers
Californie Casablanca
 Tél. : 06176147 Total des frais engagés : 100,36 euros

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 17.11.2022
 Nom et prénom du malade : HOUEIR Amina Age : 62 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Rhinite chronique
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : 17/11/2022
 Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Praticien attestant le paiement des Actes
17/11/22	F. l'analyse p.m.	GDQEach	70	Docteur Alexandre CORDIER O.R.L. Chirurgie cervico-faciale 20 ter, rue de Bezons 92400 Courbevoie Tél. 01 47 88 12 90 RPPS : 10005188098 - ADEL : 921217022

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ELAK PHARMACIE CENTRALE 37/45 Rue de BEZONS 92400 COURBEVOIE : 01 43 33 75 56 Fax : 01 47 89 45 66 ESS : 92 201 6330 PCS : 813 212 792	17/11/22	30,36 € médicaments

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

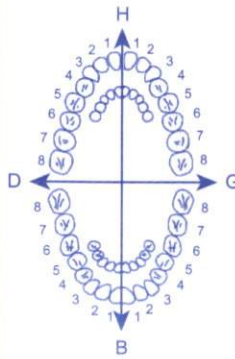
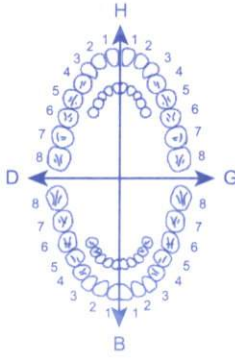
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT 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"> <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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Alexandre CORDIER

Ancien Interne et Assistant des Hôpitaux
 Ancien attaché à l'Hôpital Bichat - Claude Bernard



921217022



10005188098

O.R.L. et CHIRURGIE CERVICO-FACIALE

DU de Chirurgie de l'oreille moyenne
 DU de Carcinologie Cervico-Faciale
 Membre de la Société Française d'ORL
 Conventionné Honoraires Libres

COURBEVOIE, le 17/11/2022

Prescription

Mme Amina HOUDEIR, née le 23/08/1960

- 1] **STERIMAR HYPERTONIQUE S nas nez bouché adulte 2Fl pulv/100ml**
 Faire 2 pulvérisations le soir, pendant 3 mois dans chaque narine

→ - 2] **RHINOMAXIL 100 µg/dose Susp pulv nas Fl/120 doses (BECLOMETASONE DIPROPIONATE 100 µg/dose susp p pulv nasal)**
 Faire, par voie nasale, 2 pulvérisations le soir, pendant 3 mois dans chaque narine après les lavages de nez au Sterimar
Faire des cures de 15 jours

→ - 3] **MIOREL 4 mg Gél Plq/24 (THIOCOLCHICOSIDE 4 mg gél)**
 Prendre, par voie orale, 2 gélules le matin et le soir, pendant 7 jours

→ - 4] **SPIFEN 400 mg Cpr pell Plq/20 (IBUPROFENE 400 mg cp)**
 Prendre, par voie orale, 1 comprimé le matin, le midi et le soir, pendant 7 jours

→ - 5] **INEXIUM 20 mg Cpr gastro-rés Plq/7 (ESOMEPRAZOLE (magnésium) 20 mg cp gastrorésis)**
 Prendre, par voie orale, 1 comprimé le soir, pendant 7 jours 30 minutes avant le dîner

HOUDEIR AMINA
 Ordo. du 17/11/2022 921217022 CORDIER ALEXANDRE
 Taux Cdp Libellé et forme Qté Px Unit Mont
 000 3331300097122 STERIMAR HYPERTONI 9.90
 000 3400937071253 RHINOMAXIL 100µg/ 6.22
 000 3400933988044 MIOREL GE 4MG GEL 1 7.50
 000 3400936251373 SPIFEN 400MG CPR 1 1.92
 HD 1.02 O:765738
 000 3400949719013 ESOMEPRAZ MYL 20M1 1.25
 HD 1.02 O:765741
 065 Honoraire médic. remboursab 1 0.51
 Total 30,36 Part : 0,00 TM 0,00 Assuré 30,36

GROUPE DE MEDECINS SPECIALISTES
TOUR CIEL - 20 TER RUE DE BEZONS - 92400 COURBEVOIE
Tél. : 01.47.88.12.90 Fax : 01.47.68.51.26

Dr. Alexandre CORDIER

Ancien Interne et Assistant des Hôpitaux
Ancien attaché à l'Hôpital Bichat - Claude Bernard



921217022



10005188098

O.R.L. et CHIRURGIE CERVICO-FACIALE

DU de Chirurgie de l'oreille moyenne
DU de Carcinologie Cervico-Faciale
Membre de la Société Française d'ORL
Conventionné Honoraires Libres

COURBEVOIE, le 17/11/2022

Mme Amina HOUDEIR, née le 23/08/1960

Examen Clinique

Obstruction Nasale chronique

pas d'allergie connue
pas de tt particulier

tabac 0

tympan cicatriciels x 2
se plaint de douleurs de l'oreille droite surtout à la mastication
cavité buccale et oropharynx ras
fibro aspect de rhinite chronique. Pas de polypes. Eperon de cloison droit non obstructif. Cavum libre. Larynx nl
Aires ganglionnaires cervicales libres

--> aspect de rhinite chronique non allergique. Traitement par lavages de nez et rhinocorticoïdes
revoir pour audiométrie

Docteur Alexandre CORDIER
ORL Chirurgie cervico-faciale
20 ter, rue de Bezons 92400 Courbevoie
Tél. 01 47 88 12 90
RPPS : 10005188098 - ADELI : 921217022



Pharmacie Centrale Courbevoie
37 rue de Bezons
92400 COURBEVOIE FRANCE
Tel 01 43 33 75 96-Fax 01 47 89 45 66
92 2 01903 9
Siret 81321279200010 / NAF 4773Z
N° TVA IC FR21813212792
SELARL
RCS 81321279200010 / Siren 813212792

Le 17/11/2022

Page 1/1

Montants en €

Ticket 1736374

à 11:43:10

Date facture

17/11/2022

HOUDEIR AMINA

Code	Désignation	TVA	Px Un.	Qté	Total TTC
3331300097122	STERIMAR HYPERTON S NAS NEZ BOUCHE AD 2/100ML	B	9,90	1	9,90
3400937071253	RHINOMAXIL 100µG/DOSE SUSP PVN FL/120 DOSES	F	7,24	1	7,24
3400933398804	MIOREL GE 4MG GEL PLQ/24	C	7,50	1	7,50
3400936251373	SPIFEN 400MG CPR PELL PLQ/20	F	2,94	1	2,94
3400949719013	ESOMEPRAS MYL 20MG GEL GAST PLQ/7	F	2,27	1	2,27
Honoraire	médic. remboursable	F	0,51	1	0,51

SELARL PHARMACIE CENTRALE
37/45 Rue de BEZONS
92400 COURBEVOIE
Tél : 01 43 33 75 96 Fax : 01 47 89 45 66
SIRET : 813 212 792 00010 RCS : 813 212 792

Taux TVA	A : 0.00	B : 20.00	C : 10.00	D : 5.50	E : 33.33	F : 2.10		
Base H.T.		8,25	6,82			12,69	Total H.T.	27,76
TVA		1,65	0,68			0,27	Total T.V.A.	2,60
TTC		9,90	7,50			12,96	Total T.T.C.	30,36
Nombre		1	1			4		

5 lignes, 6 produits D. SB (NF 525) Pharmaland V 12 569 B 0174 Mvze

La Pharmacie vous remercie de votre aimable visite Produits ni repris ni échangés

A régler 30,36