

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

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0034209

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6071 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ALAOUI Mohamed
Date de naissance : 31-12-1942
Adresse : BOUZKOURA GOLF city ville Verte mbl 81 A
CASA
Tél. 0608016655 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

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 : / /

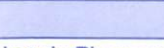
Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : /

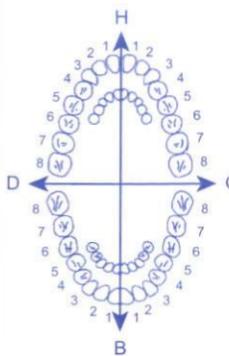
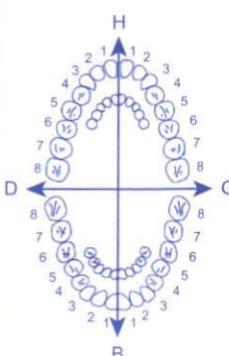
Authorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  N° 92 2 019 732 Tél. : 01 43 33 52 28 14 MAR. 2023 | 15/13/23 | 11,83 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

[illegible][illegible]

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES | | | | | |
|---|--|---------------------|-------------|---|--|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant : | | | | | |
| Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement. | | | | | |
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | |
|  | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | |
|  | H 25533412 21433552 00000000 00000000 <hr style="width: 100%;"/> D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B | | | Coefficient des Travaux | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | Montants des Soins | |
| | | | | Date du devis | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | |

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement

[illegible]

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

The diagram shows a U-shaped chromosome. The centromeres are labeled 1 through 8, with 1 at the bottom tip and 8 at the top ends. The telomeres are labeled D (left), G (right), and B (bottom). The chromosome is drawn with a central axis and two arms, each with a series of small circles representing chromatids.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Solifénacine Mylan

5 mg

30 x

Solifénacine Mylan

5 mg

30 x

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION



PHARMACIE SAJUS
SAJUS MARC
 226 Bd Saint Denis
 92400 COURBEVOIE

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

N° téléphone : 01.43.33.52.28
 E mail : 922019732@cl.alliadis.net

ALAOUI MOHAMMED

199 RUE JEAN BAPTISTE CHA
 92400 COURBEVOIE
 FRANCE

Caisse : 01 Opérateur n° 1 MS
 Client : ALAOUI MOHAMMED

Facture n° 189824 du 15/03/2023 - vente n° 123031500013 - FSE n° 385126

| Code | Désignation | Qté | P.U.HT | Net HT (arrondi) | Taux TVA | Net TTC |
|-----------------|------------------------------------|-----|--------|---------------------|-------------|---------|
| 34009 3004076 8 | SOLIFENACINE 5MG VIATRIS CPR 30X1 | 2 | 6,768 | 13,54 | 2,10 | 13,82 |
| | HONORAIRE DE DISPENSATION | 2 | 0,999 | 2,00 | 2,10 | 2,04 |
| HDA | HONORAIRES LIÉS À L'AGE DU PATIENT | 1 | 1,548 | 1,55 | 2,10 | 1,58 |
| HDR | HONORAIRES MÉDICAMENT REMBOURSABLE | 1 | 0,500 | 0,50 | 2,10 | 0,51 |

Quantité Produit : 2

Banque: BNP PARIBAS

IBAN: FR76 3000 4014 7400 0100 2486 621

| Taux de TVA | Net HT | Montant TVA | Montant TTC |
|----------------|--------|----------------|----------------|
| 2,10 | 17,58 | 0,37 | 17,95 |
| Totaux | 17,58 | 0,37 | 17,95 |

| | | | |
|---------------------|------|-------------|-------|
| Part principale | 6,12 | Part assuré | 11,83 |
| Part complémentaire | | | |

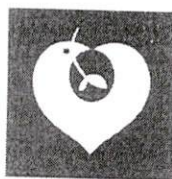
| | |
|--------------------|--------------|
| Net à payer | 11,83 |
|--------------------|--------------|

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

Réglée partiellement (11.83 € en ESPECES), date d'échéance pour le reste dû : 15/03/2023

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
R. g.
15 MAR. 2023
 Tél. : 01 43 33 52 28
 N° 92 2 019 732



**Hôpital
Bicêtre
AP-HP**

Service d'Urologie
Secteur Vert – Bâtiment Paul Broca
6^{ème} étage

78 rue du Général Leclerc
94275 KREMLIN BICETRE Cedex
Standard : 33 (0)1 45 21 21 21
FINESS 940100043



ORDONNANCE MEDICAMENT

Professeur Thomas BESSEDE

Professeur des Universités - Praticien
Hospitalier

Adhérent OPTAM-CO

Secrétaire site Bicêtre
& prise de RDV :

Mme DUVAL

01-45-21-36-94

aurelie.duval@aphp.fr

en cas d'absence :

- 01-45-21-36-82 severine.albice@aphp.fr
- 01-45-21-37-01 marjorie.henaut@aphp.fr
- 01-45-21-37-71 laurence.potez@aphp.fr

Fax Secrétariat médical
01-45-21-21-70

CONSULTATION (Rez de Chaussée)

Prise de RDV : 01.45.21.75.75
bcrv.consultation.bct@aphp.fr

Infirmières : 01.45.21.24.24
ide.csuro@aphp.fr

HOSPITALISATION (6^{ème} étage)

Tel : 01.45.21.36.74
Fax : 01.45.21.20.47
ide-uro.bct@aphp.fr

Internes (seulement si urgence) :
01.45.21.36.79
internes.uro.bct@aphp.fr

Secrétaire site Gustave Roussy :

**GUSTAVE/
ROUSSY**
CANCER CAMPUS
GRAND PARIS

Mme Lévêque
01-42-11-62-22

melanie.leveque@gustaveroussy.fr

Identification du prescripteur
(nom, prénom et identifiant)

Professeur THOMAS BESSEDE

N° RPPS



10100171288



IPP : 8001568427 6

ALAOU

MOHAMMED

Nom de naissance : ALAOU

Né(e) le : 31/12/1942

Sexe : M

NDA : 1000028243 Entré(e) le : 20/11/2012

ALD 30

- ☐ TAMSULOSINE (OMEXEL ou OMIX ou MECIR) 0,4 mg LP : 1 comprimé par jour
- ☐ ALFUZOSINE (XATRAL) 10 mg LP : 1 comprimé par jour, après le repas du soir
- ☐ DOXAZOSINE (ZOXAN) 4 ou 8 mg LP : 1 comprimé par jour
- ☐ SILODOSINE (UROREC ou SILODYX) 8 ou 4 mg : 1 comp. par jour, au cours d'un repas
- ☐ PERMIXON (serenoa repens) 160 mg : 2 comprimés par jour, au cours de repas
- ☐ DUTASTERIDE (AVODART) 0,5 mg : 1 comprimé par jour
- ☐ FINASTERIDE (CHIBRO-PROSCAR) 5 mg : 1 comprimé par jour
- ☐ COMBODART (0,5 mg dutastéride + 0,4 mg tamsulosine) : 1 comprimé par jour, 30 minutes après le même repas chaque jour
- ☒ SOLIFENACINE (VESICARE) 5 ou 10 mg : 1 comprimé par jour
- ☐ CHLORURE DE TROSPIMUM (CERIS) 20 mg : 1 comprimé 2 fois par jour, à jeûn, avant les repas
- ☐ OXYBUTININE (DITROPAN) 2,5 mg : 1 comprimé 3 fois par jour (si besoin augmenter à 5 mg 3 fois par jour)
- ☐ FUMARATE DE FESOTERODINE (TOVIAZ) 4 ou 8 mg : 1 comprimé 1 fois par jour avec une boisson
- ☐ MIRABEGRON (BETMIGA) 25 ou 50 mg : 1 comprimé 1 fois par jour (pendant ou hors repas)
- ☐ TADALAFIL (CIALIS) 5 mg : 1 comprimé par jour
- ☐ TADALAFIL (CIALIS) 20 mg : 1 comprimé à la demande, à prendre 1 à 3 heures avant rapport, environ 2-3 fois par semaine
- ☐ AVANAFIL (SPEDRA) 100 mg : 1 comprimé 15 à 30 minutes avant rapport à la demande, environ 2-3 fois par semaine

QSP 6 mois,
Renouvelable 1 an

Professeur Thomas BESSEDE
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
N° RPPS 10100171288
GHA APHP - Université Paris Saclay
Site Bicêtre - Service d'Urologie
Secrétariat : 01 45 21 36 94
Fax 01 45 21 21 70

Le Kremlin-Bicêtre, le 4 janvier 2023,

Tél : 0826 020 036

(0,18 € TTC/min.)

www.sephira.fr



MIXTE

Issu de sources
responsables

FSC® C084754

Façonné et imprimé en France

**Ce papier thermique est
certifié sans Bisphénol A**



Sephira

**Expert en télétransmission
mobile et applications santé**

Tél : 0826 020 036

(0,18 € TTC/min.)

www.sephira.fr



MIXTE

Issu de sources
responsables

FSC® C084754

Façonné et imprimé en France

**Ce papier thermique est
certifié sans Bisphénol A**

FEUILLE DE SOINS

15/02/2023

941166225

Dr THOMAS BESSEDE

Beneficiaire des soins :

ALAOUI

MOHAMMED

Ne(e) le: 31/12/1942

1421299380412 89

Med. Trait. declare: Oui

Med. Trait. Oriente

B. COUFFON

Actes :

APU

15/02/23

JGHJ001

Tiers Payant:

SECU

Numero FSE:

098153511

Num. LOT(S):

064

Secu:

019219291

Honoraires:

145.80€

Remboursements:

-Caisse

102.06€

Paie ment:

-Patient

43.74€

EXEMPLAIRE PATIENT

INTELLIO 5.1 par SEPHIRA