

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 canaux, 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 canaux.

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 Aïla Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïla Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W21-777845

156647

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7342

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Othman Hassan

Date de naissance : 21/02/1968

Adresse :

Tél. : 0661328052

Total des frais engagés : 114,49 Euro 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 :

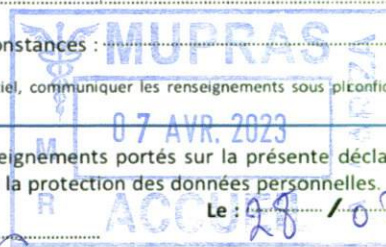
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVÉ 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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE PINCEVENT CENTRE COMMERCIAL PINCEVENT 94430 CHENNEVIERES S/ MARNE 01 60 64 22 88	28/02/23	32,77 €
PHARMACIE DE LA GARE place de la Révolution 77680 ROISSY EN BRIE Tél.: 01 60 64 22 88	28/02/23	60,55 €
	03/03/23	56,19 €

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LBM BPO-BIOEPINE Laboratoire d'Ormesson sur Marne Centre Commercial Pincevent 85 route de Provins 94490 ORMESSON SUR MARNE Tel : 01 45 94 99 66 Fax : 01 45 94 01 56 Fitness 94 9 703 002	3/03/23		24,98 €

AUXILIAIRES MEDICAUX

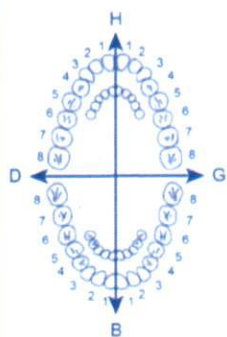
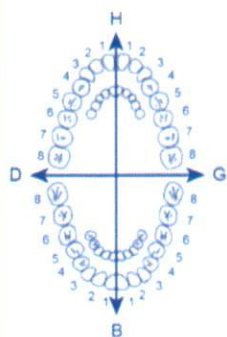
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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 COEFFICIENT 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																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Attestation tiers-payant

Pharmacie de la gare
Place de la révolution
77680 ROISSY EN BRIE
Tél : 01 60 64 22 88
77 2 00679 7

CHOUKI Hassan
6 avenue du Dr Schweizer
94510 LA QUEUE EN BRIE

Le 28/02/2023

Facture numéro 3324748

Vente 3/Vendeur 029

Malade : CHOUKI Hassan

Ordonnance du 28/02/2023 prescrite par le docteur HOP EUROPEEN G POMPIDOU 750803447

Produit	Code	Taux	Exo	Qte	Prix unit.	Remb.	H.D.*
DOLIPRANE 1000MG CPR	PH7	0	0	2	1.16	2.18	1.02
LOVENOX 6000UI A	PH7	0	0	1	51.09	52.11	1.02
Honoraire médi remboursables	HDR	0	0	1	0.51	0.51	0.00
Honoraire médi spécifiques	HDE	0	0	1	3.57	3.57	0.00

* H.D. Honoraire de dispensation unitaire

Part client : 60.55 acquitté

PHARMACIE DE LA GARE

place de la Révolution
77680 ROISSY EN BRIE
Tél.: 01 60 64 22 88

Pharmacie de la gare
Place de la révolution
77680 ROISSY EN BRIE
Tél : 01 60 64 22 88
77 2 00679 7

Le 28/02/2023 11:18

No 230590003 / Vente no 3 / Vendeur 029

Client : CHOUKI Hassan

6 avenue du Dr Schweizer LA QUEUE EN BRIE

Malade : CHOUKI Hassan

Ordonnance du 28/02/2023 prescrite par le docteur

HOP EUROPEEN G POMPIDOU 750803447

Produit	Qte	Px.unit	Montant	Ordo
DOLIPRANE 1000MG CPR	2	1.16	2.18	BT 8
LOVENOX 6000UI A	1	51.09	52.11	BT 18
Honoraire médi remboursables	1	0.51	0.51	SER10
Honoraire médi spécifiques	1	3.57	3.57	14399665

Total facture : 60.55

Es de dispensation : 3.06

Montant client : 60.55

Espèces 60.55

Ouvert Lun-Sam 24h/24 + Dimanche 8h-22h
Echange sous conditions sous 15J sur piz, ticket
Sauf Médic. Alimentaire, Maquillage, Appareils & Masques

Identification du prescripteur N° Finess 750803447
HOPITAL EUROPEEN GEORGES POMPIDOU
20 rue Leblanc
75908 PARIS Cedex 15

SERVICE DE CHIRURGIE VASCULAIRE
Professeur Pierre JULIA, Chef de service
Professeur Jean-Marc ALSAC, PU PH
Professeur Salma EL BATTI, PU PH
Docteur Lucie DERYCKE, CCA
Docteur Rita CHERKAoui, CCA
Docteur Ghazi HARIKA, PAA
Docteur Marie CORNIQUET, Dr junior

Accueil Hospitalisation : 01 56 09 37 03
Accueil Consultation : 01 56 09 22 54
Accueil Hôpital de Jour : 01 56 09 36 17

cerfa
N°60-3937

Etiquette du patient

Monsieur CHOUKI HASSAN

54 ans

Ordonnance de ville

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONERANTE)

Faire pratiquer dosage de la Créatininémie.

Indication : Résultats à présenter le jour de la réalisation de l'angioscanner.

Paris, le jeudi 23 février 2023
SACHS (Interne)
pour Professeur ALSAC

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)

LBM BPO-BIOEPINE
Laboratoire d'Ormesson sur Marne
Centre Commercial Pincevent
85 route de Provins
94490 ORMESSON SUR MARNE
Tel : 01 45 94 99 66 Fax : 01 45 94 01 58
Finess 94 3 703 082

CHOUKI HASSAN

27-02-1968 M



D12303030162

Ordonnance

Laboratoire ORMESSON SUR MARNE – PROVINS
BPO–BIOEPINE Autorisation 94 002 181 9
SIRET 40309320600684 – Identification 943 703 082
[siteBiologiste]]

Feuille de soin N°

M HASSAN CHOUKI
6 AV DU DOCTEUR SCHEWEIER

94510 LA QUEUE EN BRIE

Ormesson-sur-Marne,
Le Vendredi 03 Mars 2023

Réf. du dossier : DI2303030161

QUITTANCE D'HONORAIRES

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

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

Dossier

Demande N° DI2303030161
Date de l'examen : 03-03-2023

N° SS de l'assuré(e) :
Né(e) le : 27-02-1968

Récapitulatif quittance d'honoraire :

Montant Total	Patient	Sécurité Sociale	Mutuelle	Montant actes HN
14.70	14.70	0.00	0.00	0.00

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

Laboratoire ORMESSON SUR MARNE – PROVINS
BPO-BIOEPINE Autorisation 94 002 181 9
SIRET 40309320600684 – Identification 943 703 082
[siteBiologiste]]

Feuille de soin N°

M HASSAN CHOUKI
6 AV DU DOCTEUR SCHEWEIER

94510 LA QUEUE EN BRIE

Ormesson-sur-Marne,
Le Vendredi 03 Mars 2023

Réf. du dossier : DI2303030162

QUITTANCE D'HONORAIRES

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

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

Dossier

Demande N° DI2303030162
Date de l'examen : 03-03-2023

N° SS de l'assuré(e) :
Né(e) le : 27-02-1968

Récapitulatif quittance d'honoraire :

Montant Total	Patient	Sécurité Sociale	Mutuelle	Montant actes HN
10.28	10.28	0.00	0.00	0.00

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

Identification du prescripteur N° Finess 750803447
HOPITAL EUROPEEN GEORGES POMPIDOU
20 rue Leblanc
75908 PARIS Cedex 15

SERVICE DE CHIRURGIE VASCULAIRE

Professeur Pierre JULIA, Chef de service

Professeur Jean-Marc ALSAC, PU PH

Professeur Salma EL BATTI, PU PH

Docteur Lucie DERYCKE, CCA

Docteur Rita CHERKAoui, CCA

Docteur Ghazi HARIKA, PAA

Docteur Marie CORNIQUET, Dr junior

Accueil Hospitalisation : 01 56 09 37 03

Accueil Consultation : 01 56 09 22 54

Accueil Hôpital de Jour : 01 56 09 36 17



N°60-3937

Etiquette du patient

Monsieur CHOUKI HASSAN
8012910849

54 ans

Ordonnance de ville

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste) (AFFECTION EXONERANTE)

Faire pratiquer par une IDE a domicile tous les jours week end et jours fériés compris

- Une injection de LOVENOX 6000 UI matin et soir jusqu'à obtention de deux INR entre 2-3 a 48 h d'intervalle. Puis arrêt du LOVENOX et poursuite de la COUMADINE seule
- Contrôle biologiques quotidiens avec dosage de l'INR jusqu'à atteinte de la cible entre 2-3 a 48h d'intervalle

Paris, le jeudi 23 février 2023

SACHS (Interne)

pour Professeur ALSAC

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée (MALADIES INTERCURRENTES)

LBM BPO-BIOEPINE

Laboratoire d'Ormesson sur Marne

Centre Commercial Pincevent

85 route de Provins

94490 ORMESSON SUR MARNE

Tel : 01 45 94 99 66 Fax : 01 45 94 01 58

Finess 94 3 703 082

Pharmacie de la gare
Place de la révolution
77680 ROISSY EN BRIE
Tél : 01 60 64 22 88
77 2 00679 7

Le 28/02/2023-Facture no 3324748

Vente no 3 / Vendeur 029

Malade : CHOUKI Hassan

Total: 26,78 / Amd: 0,00 / Assuré: 26,78

LOVENOX 6000UI-3400936469037 2x 10,33+1,02 0 4409157
Honoraires méd1 -ACTE_HDR 1x 0,51+0,00 0
Honoraires méd1 -ACTE_HDE 1x 3,57+0,00 0

Pharmacie de la gare
Place de la révolution
77680 ROISSY EN BRIE
Tél : 01 60 64 22 88
77 2 00679 7
Le 05/03/2023-Facture no 3331284
Rénouvellement no : 1
Vente no 2945 / Vendeur 118
Malade : CHOUKI Hassan

LOVENOX 6000UI-3400936469266 1x 51,09+1,02 0 4399665
Honoraires méd1 -ACTE_HDR 1x 0,51+0,00 0
Honoraires méd1 -ACTE_HDE 1x 3,57+0,00 0
DOLIPRANE 1000MG CP 2x 1,16+1,02 0
NEFOPAM VIATRIS 20M 2x 2,58+0,00 0
TRAMA MYL 50MG GEL 1x 3,42+0,00 0
Honoraires ordonnance > 4 lign 1x 0,31+0,00 0
Honoraires méd1 remboursable 1x 0,51+0,00 0
Honoraires médicament spécifique 1x 3,57+0,00 0
Total: 60,55 / Amd: 0,00 / Assuré: 60,55

Pharmacie Pince-Vent
CC Carrefour 94430 Chennevières sur Marne
T.01 45 76 60 00-F.01 45 93 21 89 . 94 2 01635 3
contact@pharmacie-pincevent.fr
D.01635 3

Grande Pharmacie Pince-Vent
CC Carrefour 94430 Chennevières sur Marne
T.01 45 76 60 00-F.01 45 93 21 89 . 94 2 01635 3
contact@pharmacie-pincevent.fr
D.NOURIA le 28-02-23

CHOUKI HASSAN

Ordo. du 23/02/2023 750803447 HOP GEORGES POMPIDOU

Taux Cip	Libellé et forme	QtéPx	Unit	Montant
000	3400930080108 ATORVAST VIATRIS 20	1	4,19	5,21
	HD 1.02 0:1850058 (TAHOR 20MG CPR PELL PLQ/28)			
000	3400934744198 KARDEGIC 75MG PDR S	1	1,79	2,81
	HD 1.02			
000	3400935955838 DOLIPRANE 1000MG CP	4	1,16	8,72
	HD 1.02			
000	3400935876553 NEFOPAM VIATRIS 20M	2	2,58	7,20
	HD 1.02 0:1850059 (ACUPAN 20MG/2ML S INJ 5AMP/2ML)			
000	3400934976339 TRAMA MYL 50MG GEL	1	3,42	4,44
	HD 1.02 0:1850060			
100	Honoraire ordonnance > 4 lign	1	0,31	0,31
065	Honoraire méd1 remboursable	1	0,51	0,51
065	Honoraire médicament spécifique	1	3,57	3,57
Total 32,77 Part : 0,00 TM 0,00 Assuré 32,77				



Identification du prescripteur N° Finess 750803447

HOPITAL EUROPEEN GEORGES POMPIDOU

20 rue Leblanc

75908 PARIS Cedex 15

SERVICE DE CHIRURGIE VASCULAIRE

Professeur Pierre JULIA, Chef de service

Professeur Jean-Marc ALSAC, PU PH

Professeur Salma EL BATTI, PU PH

Docteur Lucie DERYCKE, CCA

Docteur Rita CHERKAOUI, CCA

Docteur Ghazi HARIKA, PAA

Docteur Marie CORNIQUET, Dr junior

Accueil Hospitalisation : 01 56 09 37 03

Accueil Consultation : 01 56 09 22 54

Accueil Hôpital de Jour : 01 56 09 36 17

cerfa

N°60-3937

Etiquette du patient

Monsieur CHOUKI HASSAN

54 ans

Ordonnance de ville

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste) (AFFECTION EXONERANTE)

Reprise du traitement habituel

COUMADINE 7mg 0-0-1

CARDENSIEL 10 mg 1-0-0

TAMSULOSINE 400mg 0-0-1

TAHOR 20mg 0-0-1

Rajout d'une anti agrégation pendant 3 mois

KARDEGIC 75MG 0-1-0

LOVENOX 6000 UI x2 / jour durant reprise de la COUMADINE, soit jusqu'à équilibration de l'INR.

Traitement antalgique :

DOLIPRANE 1g/8h si douleurs pendant 15 jours

ACUPAN 20mg/8h PO si douleurs pendant 15 jours

TRAMADOL 50 mg/8h si douleurs malgré DOLIPRANE et ACUPAN, pendant 15 jours

Paris, le jeudi 23 février 2023

SACHS (Interne)

pour Professeur ALSAC



Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée (MALADIES INTERCURRENTES)



Grande Pharmacie Pince-Vent
49 Mail de Pince Vent
CC Carrefour
94430 Chennevieres sur Marne france
Tel 01 45 76 60 00-Fax 01 45 93 21 89
518 618 152 000 38 / NAF 4773z
FR765 186 181 52
SELARL CAPITAL 4000
RCS CRETEIL / Siren 518618152

Le 28/02/2023

Page 1/1

Montants en €

DUPLICATA 2

Ticket 5677198

à 19:23:26

Date facture

28/02/2023

CHOUKI HASSAN

94430 CHENNEVIERES SUR MARNE

Code	Désignation	TVA	Px Un.	Qté	Total TTC
3400930080108	ATORVAST VIATRIS 20MG CPR PLQ OPA/ALU/PVC/30	F	5,21	1	5,21
3400934744198	KARDEGIC 75MG PDR SBUV SACH-DOS 30SACH	F	2,81	1	2,81
3400935955838	DOLIPRANE 1000MG CPR PLQ/8	F	2,18	4	8,72
3400935876553	NEFOPAM VIATRIS 20MG/2ML S INJ 5AMP/2ML	F	3,60	2	7,20
3400934976339	TRAMA MYL 50MG GEL 2PLQ/15 (30)	F	4,44	1	4,44
Honoraire	ordonnance > 4 lignes	F	0,31	1	0,31
Honoraire	médic. remboursable	F	0,51	1	0,51
Honoraire	médicament spécifique	F	3,57	1	3,57

PHARMACIE PINCEVENT
CENTRE CCIAL PINCE-VENT
94430 CHENNEVIERES S/ MARNE
Tel : 01.45.76.60.00
facture réglée
28/02/23
PHARMACIE PINCEVENT
CENTRE CCIAL PINCE-VENT
94430 CHENNEVIERES S/ MARNE
Tel : 01.45.76.60.00

Taux TVA	A : 0.00	B : 20.00	C : 10.00	D : 5.50	E : 33.33	F : 2.10
Base H.T.						32,09
TVA						0,68
TTC						32,77
Nombre						12

5 lignes, 12 produits D. NOURIA (NF 525) Pharmaland V 12.591 B 0174 eWAj

La Pharmacie vous remercie.

Total H.T. 32,09
Total T.V.A. 0,68
Total T.T.C. 32,77

A régler 32,77

Réglé Espèces le 28/02/2023

Pharmacie de la gare
Place de la révolution
77680 ROISSY EN BRIE
Tél : 01 60 64 22 88
77 2 00679 7

Le 28/02/2023 00:18

N° 230590003 / Vente n° 3 / Vendeur 029

Client : CHOUKI Hassan

6 avenue du Dr Schweizer LA QUEUE EN BRIE

Malade : CHOUKI Hassan

Ordonnance du 28/02/2023 prescrite par le docteur

HOP EUROPEEN G POMPIDOU 750803447

Produit	Qte	Px.unit	Montant	Ordo
---------	-----	---------	---------	------

DOLIPRANE 1000MG CPR				BT 8
----------------------	--	--	--	------

3400935955838	2x	2.18=	4.36	
---------------	----	-------	------	--

LOVENOX 6000UI A XA/OML6SER10				
-------------------------------	--	--	--	--

3400936469266	1x	52.11=	52.11	4399665
---------------	----	--------	-------	---------

Honoraire médi remboursables

ACTE_HDR	1x	0.51=	0.51	
----------	----	-------	------	--

Honoraire médi spécifiques

ACTE_HDE	1x	3.57=	3.57	
----------	----	-------	------	--

Total facture : 60.55

Dont honoraires de dispensation : 3.06

Montant client : 60.55

Espèces 60.55

Duvert Lun-Sam 24h/24 + Dimanche 8h-22h

Echange sous conditions sous 15J sur prés. ticket

Sauf Médic. Alimentaire, Maquillage, Appareils & Masques