

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- 0034238

☐ 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 m. 814 2^e étage Casablanca
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 :
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 : 12 / 5 / 2023
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 Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Prescripteur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SAJUS 10 MAI 2023 Tél. : 01 43 33 52 28 N° 92 2 019 732	10/5/23	11,83

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> <div> G 00000000 00000000 11433553 </div> </div> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> 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

PHARMACIE SAJUS

Tél.: 01 43 33 52 28
N° 92 2019 732

14 MAR. 2023

PHARMACIE SAJUS Date Fact: 10/05/2023
226 Bd Saint Denis Vendeur : MARC SAJUS
92400 COURBEVOIE Tel : 01.43.33.52.28
Malade: MOHAMMED ALAOUI N°SS : 142129938041289

N° Facture : 388242 (Facture 1/3 Payant) 1er renouvellement
Qté DESIGNATION PRX/U BR HD TX Ordo
1 SOLIFENACINE 5MG VIATRIS C 6,91 6,91 1,02 30 461707
3400930040768
1 SOLIFENACINE 5MG VIATRIS C 6,91 6,91 1,02 30 461708
3400930040768
Honor. Dispens. 2,09
TOTAL : 17,95 TOTAL ASSURE : 11,83
TOTAL AMO (CPAM 92) : 6,12 TOTAL AMC : 0,00



**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 nice.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

Identification du prescripteur
(nom, prénom et identifiant)

Professeur THOMAS BESSEDE

N° RPPS



10100171288



IPP : 8001568427 6
ALAOUI
MOHAMMED
Nom de naissance : ALAOUI
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
- ☒ 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

Secrétaire site Gustave Roussy :

**GUSTAVE/
ROUSSY**
CANCER CAMPUS
GRAND PARIS

Mme Lévêque
01-42-11-62-22

melanie.leveque@gustaveroussy.fr

QSP 6 mois,
Renouvelable 1 an

Professeur Thomas BESSEDE
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
N° RPPS 10100171288
GH 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,



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° 195271 du 10/05/2023 - vente n° 123051000005 - FSE n° 388242

Code	Désignation	Qté	P.U.HT	Net HT (arrondi)	Taux TVA	Net TTC
34009 3004076 8	SOLIFENACINE 5MG VIATRIS CPR 30X1	1	6,768	6,77	2,10	6,91
	HONORAIRE DE DISPENSATION	1	0,999	1,00	2,10	1,02
34009 3004076 8	SOLIFENACINE 5MG VIATRIS CPR 30X1	1	6,768	6,77	2,10	6,91
	HONORAIRE DE DISPENSATION	1	0,999	1,00	2,10	1,02
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 : 10/05/2023

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

10 MAI 2023

Tél. : 01 43 33 52 28
 N° 92 2 019 732

Signature