

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.

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 n°6814 2^é étage C082

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 : 10/15/2013

Signature de l'adhérent(e) : H.A.T



RELEVE 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 Faisceau	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SAJUS	<i>10/5/23</i>	<i>11,83</i>
10 MAI 2023		
Tél. : 01 43 33 52 28		
N° 92 2 019 732		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

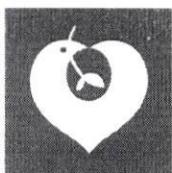
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553		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
14 MAI, 2023
14.33.52.28
Tél: 01 43 33 52 28
N° 92 2019 732
99 2

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



ORDONNANCE MEDICAMENT

Professeur Thomas BESSEDE

Professeur des Universités - Praticien
Hospitalier

Adhérent OPTAM-CO

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

Secrétaire site Bicêtre
& prise de RDV :

Mme DUVAL

01-45-21-36-94

aurelie.duval@aphp.fr

ALD 30

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 elodie.potez@aphp.fr

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

- 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 dutasteride + 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 TROPIUM (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 Léveque
01-42-11-62-22
melanie.leveque@gustaveroussy.fr

QSP 6 mois,
Renouvelable 1 an

Le Kremlin-Bicêtre, le 4 janvier 2023,

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



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.alliadi.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