

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

- 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- 0034231

194958

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6071 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ALAOUI Mohamed
Date de naissance :
Adresse : BOUKOURA GOLF city ville verte n° 81 A
CASA
Tél. : 0608016655 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 09 / 01 / 2024
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 : Le : 09 / 01 / 2024
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 ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de la Gare 01 47 93 02 28	08/01/24	6 € 28
U 8 JAN. 2024		
2 rue Denis PAPIN - 92600 ASNIÈRES 922 021 217		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Grande pharmacie de la Station 10 rue de la station 92600 Asnières sur Seine 01 47 93 62 77 pharmacie92600@gmail.com	13/01/24	6,98 €	

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

Le prati

Import
Veuillez

Solifénacine Viatris
5 mg

30 x

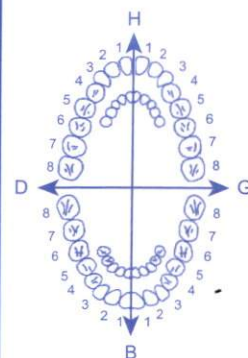
Solifénacine Mylan
5 mg

30 x

SOIN

Traçées

Soins



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

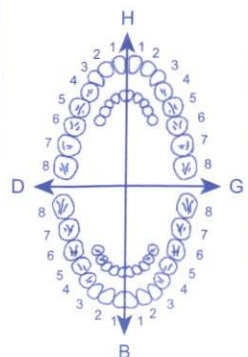
FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

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



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

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



**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
FINISS 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

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 : 1001563146 Entré(e) le : 04/01/20.

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

Secrétaire site Gustave Roussy :

**GUSTAVE
ROUSSY**
CANCER CAMPUS
GRAND PARIS

Mme Lévêque
01-42-11-62-22

melanie.leveque@gustaveroussy.fr

Le Kremlin-Bicêtre, le 10 mai 2023,

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

FACTURE Différence LPP N° 240002305

destinée à la mutuelle pour la prise en charge éventuelle de la différence LPP de
réglée par le client pour les produits ci-après :
en EUR Renouvellement 1

0,00 EUR

N INSEE : 1 42 12 99 380 412 89

Assuré : ALAOUI MOHAMMED

Adresse : 199 AVE JB CHARCOT 92400 COURBEVOIE

Bénéf : ALAOUI MOHAMMED

Date Nais : 31/12/1942

Date Facture : 08/01/2024

PHARMACIE DE LA GARE

Mr Antoine SALOMON

2 RUE DENIS PAPIN

92600 ASNIERES SUR SEINE

922021217 OP : 7 08/01/2024 17:31

Date Ordonnance : 10/05/2023

Médecin : BESSEDE THOMAS

N : 940100043

	PH4	PH7	PH1	LPP	NR	PH2		TVA%
1 x 6,91 PH4	6,91						3400930148815 SOLIFENACINE 5MG SANDOZ CPR 30	2,1
1 x 1,02 HD4	1,02						HONORAIRE DE DISPENSATION	2,1
1 x 0,51 HDR			0,51				HONORAIRE DE MEDICAM. REMB.	2,1
1 x 1,58 HDA			1,58				HONORAIRE LIE A L'AGE	2,1
Totaux en EUR :	7,93	0,00	2,09	0,00	0,00	0,00		

Nb de Pds : 3

Total Ordonnance : 10,02

Part Mutuelle : 0,00

Part Caisse (RO) : 3,74

Part Assuré (TM) : 6,28

CPAM 92 CENTRE N°8494 01 921 8494



FACTURE Différence LPP N° 240007688destinée à la mutuelle pour la prise en charge éventuelle de la différence LPP de
réglée par le client pour les produits ci-après :**0,00 EUR**

en EUR Renouvellement 2

N INSEE : 1 42 12 99 380 412 89

Assuré : ALAOUI MOHAMMED

Adresse : JB CHARCOT 92400 COURBEVOIE

Bénéf : ALAOUI MOHAMMED

Date Nais : 31/12/1942

Date Facture : 13/01/2024

GRANDE PHARMACIE DE LA S

M.DUBOIS

23 G10 Rue de la Station

92600 ASNIERES SUR SEINE

922020771 OP : 1 13/01/2024 17:01

Date Ordonnance : 10/05/2023

Médecin : HOP BICETRE

N : 940100043

	PH4	PH7	PH1	LPP	NR	PH2	TVA%
1 x 6,91 PH4	6,91					3400930040768 SOLIFENACINE VIA 5MG CPR 30DU	2,1
1 x 1,02 HD4	1,02					HONORAIRE DE DISPENSATION	2,1
1 x 0,51 HDR			0,51			HONORAIRE DE MEDICAM. REMB.	2,1
1 x 1,58 HDA			1,58			HONORAIRE LIE A L'AGE	2,1
Totaux en EUR :	7,93	0,00	2,09	0,00	0,00	0,00	

Nbre Pdts : 3

Total Ordonnance : 10,02

Part Mutuelle : 0,00

Part Caisse (RO) : 3,74

Part Assuré (TM) : **6,28**

CPAM 92 8494 01 921 8494