

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

19498

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 : BOUZKOURA GOLF city ville verte n° 81 A
C 184

Tél. : 068016655

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/10/2024

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 09/10/2024

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 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 ASNIERES
922 021 217

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
Grande pharmacie de la Station 10 rue de la station 92600 Asnieres 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	



COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

SOINS

Tranches Soins

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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

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 : 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 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 TROSPiUM (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 1 fois par jour, à prendre 1 à 3 heures avant rapport, environ 2-3 fois par semaine
- AVANAFIL (SPEDRA) 100 mg : 1 comprimé 1 fois par jour, à prendre 1 à 3 heures avant rapport, environ 2-3 fois par semaine

QSP 6 mois,
Renouvelable 1 an

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

Secrétaire site Gustave Roussy :



Mme Lévéque
01-42-11-62-22

melanie.leveque@gustaveroussy.fr

Le Kremlin-Bicêtre, le 10 mai 2023,

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

N INSEE : 1 42 12 99 380 412 89

PHARMACIE DE LA GARE Assuré : ALAOUI MOHAMMED

Mr Antoine SALOMON Adresse : 199 AVE JB CHARCOT 92400 COURBEVOIE

2 RUE DENIS PAPIN Bénéf : ALAOUI MOHAMMED

92600 ASNIERES SUR SEINE Date Nais : 31/12/1942 Date Facture : 08/01/2024

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	

Nbre Pdts : 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° 240007688

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

en EUR	Renouvellement	2	N INSEE :	1 42 12 99 380 412 89		
GRANDE PHARMACIE DE LA S		Assuré :	ALAOUUI MOHAMMED			
M.DUBOIS		Adresse :	JB CHARCOT 92400 COURBEVOIE			
23 G10 Rue de la Station		Bénéf :	ALAOUUI MOHAMMED			
92600 ASNIERES SUR SEINE		Date Nais :	31/12/1942	Date Facture :	13/01/2024	
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	

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