

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.

Biologie 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

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

N° P19- 056736

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2916 Société : M. A. 4327k

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Imoulik Hen

Date de naissance : 26.10.1975

Adresse :

Tél. : 0661.102181 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 :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-056736

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
 J'ai pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.
 Fait à : Le : 28/11/20
 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	
28-7-20	C9	1	100€	<div style="text-align: right;"> <p><i>(Signature)</i></p> <p>Dr. [Nom]</p> </div>	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie du Triangle 2 av. de Friedland - 75008 PARIS 75 2 04192 1 Tél : 01 45 61 17 80 Fax : 01 45 61 42 47 pharmaciedutriangle@gmail.com	28/07/10	81,54 €

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

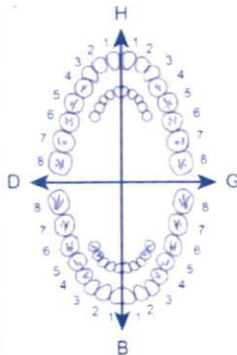
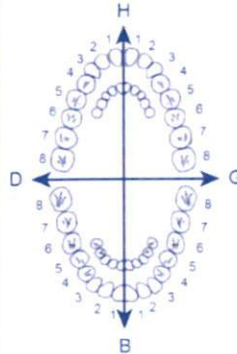
[illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTES



PHARMACIE DU TRIANGLE
BATAILLIE ISABELLE
2 AVENUE DE FRIEDLAND
75008 PARIS
France

N° SIREN : 835367277

N° TVA intracommunautaire : FR15835367277

Code NAF : 4773Z

N° téléphone : 0145611780

E mail : pharmaciedutriangle@gmail.com

TMOULIK Fatima-Zohra

64 bd Garibaldi

75015 PARIS

France

Tél. :

Caisse : 01 Opérateur n° 2 IF

Facture n° 121164 du 28/07/2020 - vente n° 120072800142 - FSE n° 42171

Code	Désignation	Qté	P.U.HT	Montant Net HT	Taux TVA	Net TTC
37001 1140026 9	ZYTOLIA STICK 3G 60	3	21,706	65,12	5,50	68,70
34009 3496591 3	SPIRONOLACTONE 50MG BIOG CPR SEC30	3	3,026	9,08	2,10	9,27
	HONORAIRE DE DISPENSATION	3	0,999	3,00	2,10	3,06
HDR	HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE	1	0,500	0,50	2,10	0,51
Totaux		6		77,70 €		81,54 €

Banque: CREDIT AGRICOLE IDF

IBAN: FR76 1820 6003 8765 0480 8258 507

Taux de TVA	Net HT	Montant TVA	Montant TTC
2,10	12,58	0,26	12,84
5,50	65,12	3,58	68,70
Totaux	77,70	3,84	81,54

Part principale		Part assuré	81,54
Part complémentaire			

Net à payer	81,54
--------------------	--------------

Membre d'une association agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté

Réglée en CARTE BANCAIRE, date d'échéance : 28/07/2020.

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.

Docteur Christian Jamin

Gynécologie, Endocrinologie, Médecine Interne
Ancien Chef de Clinique, assistant des Hôpitaux de
Paris

169 bd Haussmann 75008 Paris

Tel/fax : 01 73 73 11 78

Conventionné secteur 2
docteur.christian.jamin@gmail.com

N°RPPS



751437534

RPPS 10000303528

Paris le 28/07/20

Tmoulik Fatima Zohra

Zytolia

Un par jour à jeun

Aldactone 50

Un par jour

6 mois

~~6~~
vêt à l'étranger lui donner tout
le traitement

SPIRONOLACTONE BIOGARAN® 50 mg



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE II. UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



**SPIRONOLACTONE
BIOGARAN® 50 mg,
comprimé sécable
+ GROSSESSE
= DANGER**

**Ne pas utiliser
chez la femme enceinte,
sauf en l'absence d'alternative
thérapeutique**

**TENIR HORS DE LA VUE
ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS**



3400934965913

SPIRONOLACTONE BIOGARAN® 50 mg



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE II. UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



**SPIRONOLACTONE
BIOGARAN® 50 mg,
comprimé sécable
+ GROSSESSE
= DANGER**

**Ne pas utiliser
chez la femme enceinte,
sauf en l'absence d'alternative
thérapeutique**

**TENIR HORS DE LA VUE
ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS**



3400934965913

SPIRONOLACTONE BIOGARAN® 50 mg



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE II. UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



**SPIRONOLACTONE
BIOGARAN® 50 mg,
comprimé sécable
+ GROSSESSE
= DANGER**

**Ne pas utiliser
chez la femme enceinte,
sauf en l'absence d'alternative
thérapeutique**

**TENIR HORS DE LA VUE
ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS**



3400934965913

ZYTOLIA®

Denrée alimentaire destinée à des fins
médicales spéciales.

Food for special medical purpose.

ACL : 3 700 111 400 269



Date de fabrication
Date of manufacture:

03/2020
03/2022
072966

À consommer de préférence
avant fin / Best before:

Lot n° / batch n°:

Poids net / Net weight: 180g

ZYTOLIA®

Denrée alimentaire destinée à des fins
médicales spéciales.

Food for special medical purpose.

ACL : 3 700 111 400 269



Date de fabrication
Date of manufacture:

03/2020
03/2022
072966

À consommer de préférence
avant fin / Best before:

Lot n° / batch n°:

Poids net / Net weight: 180g

ZYTOLIA®

Denrée alimentaire destinée à des fins
médicales spéciales.

Food for special medical purpose.

ACL : 3 700 111 400 269



Date de fabrication
Date of manufacture:

03/2020
03/2022
072966

À consommer de préférence
avant fin / Best before:

Lot n° / batch n°:

Poids net / Net weight: 180g

CARTE AMEX

A000000025010801

AMERICAN EXPRESS

LE 28/07/20 A 17:51:14

PHARMACIE DU TRIANGL

75008

PARIS 8

9494148299

-----04506100--

B0342AB29CD9AC56

fin --/--/--

001 000005 16 C @

NO AUTO: -----

CONTROLE CODE EFFECTUE

MONTANT :

81,54EUR

DEBIT

MERCI

TICKET CLIENT

A CONSERVER

CARTE BANCAIRE
BANQUE POPULAIRE
A0000000421010
CB

LE 28/07/20 A 17:33:13
JAMIN CHRISTIAN
75 PARIS 8
5863373 34850784900019
18707

#####9230
BC8C1C9430164496
001 000012 77 C @
NO AUTO: 362652
MONTANT :

100,00 EUR

DEBIT
TICKET CLIENT
A CONSERVER
BANQUE POPULAIRE
A BIENTOT