

# 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.

## Pathologie 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.

## Éducation :

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.

## Prothétique :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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

Nº P19- 056736

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2914 Société : Etn (43274)

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Tawakkil nez

Date de naissance : 01.09.1978

Adresse :

Tél. : 0661.182181 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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº 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 : .....

# 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 |

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.

### Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

2014

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

T. Moulouk

M. 2 Janvier 1955

Date de naissance :

24.09.1955

Adresse :

15001181181

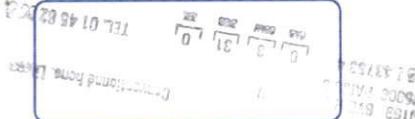
Télé. :

Total des frais engagés :

(181,51 €)  
EURO

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

28/7/2020

Nom et prénom du malade :

Friselik Fatima

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

SOPK

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'at/médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Par : SVL 28/7/2020

Signature de l'adhérent(e) :

## 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
28.7.2005	1	100		<p>CHIRURGIE INTERNE</p> <p>0169 80008 PARIS 8</p> <p>28 437834</p> <p>100% honoraires</p> <p>01 45 62 00 00</p>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie du Triangle 2 av. de Friedland - 75008 PARIS	28/07/10	81,54 €-

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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 d

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTEST



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 B10G 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

*✓ à l'étranger les deux vont  
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



3 700111 400269

Date de fabrication

Date of manufacture:

03/2020

À consommer de préférence  
avant fin / Best before:

03/2022

072966

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



3 700111 400269

Date de fabrication

Date of manufacture:

03/2020

À consommer de préférence  
avant fin / Best before:

03/2022

072966

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



3 700111 400269

Date de fabrication

Date of manufacture:

03/2020

À consommer de préférence  
avant fin / Best before:

03/2022

072966

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