

# 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.

## 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.

## 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



51398

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0016291

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6071 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ALAOUI Nohel Date de naissance :  
Adresse : BOUKOURA GOLF City Jell Vate chsm  
Tél. : 0608016655 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr Naccache Jean-Yves  
45 rue saint Ferdinand  
75017 PARIS  
adéli : 75 172 1457  
Date de consultation : 26/08/2020  
Nom et prénom du malade : ALAOUI Nohel Age : 27 ans  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : SECURNA M.L.  
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 : 25/01/2020





# 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
24/02		2	65,006	Dr Naceache Jean-Yves 45 rue saint Ferdinand 75017 PARIS adéli : 75 172 1457

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SAJUS  24 AOUT 2020 Tél : 01 43 33 52 28 N° 92 2 019 732	24/02/20	41 € 57

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

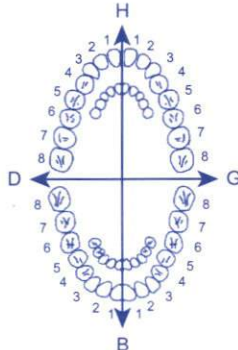
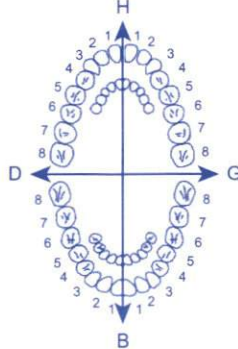
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">             H              25533412              00000000              D           </div> <div style="text-align: center;">             21433552              00000000              G              00000000              35533411              B           </div> </div> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  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

*Docteur Jean-Yves Naccache*

*Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris*

*Membre de la Société Française de Mésothérapie*

*Médecine Générale*

Tél. : 01 42 67 05 10

45, rue Saint Ferdinand

75017 PARIS

docteur-naccache.com

N° RPPS



10001322170

Facture

24/8/20

Je soussigné, Dr Naccache JY,  
certifie que Dr ALAN. BLANCHET,  
a acquitté ses dettes par la Garantie

**Dr Naccache Jean-Yves**

45 rue Saint Ferdinand

75017 PARIS

adeli : 75 172 1457

N° AM



751721457

Conventionné Honoraires Libres

10088687001



# Dermofix<sup>®</sup>

Poudre

Sertaconazole

**30 g**

**Poudre 2 %**  
**VOIE TOPIQUE**



*Docteur Jean-Yves Naccache*

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Membre de la Société Française de Mésothérapie

Médecine Générale

Tél. : 01 42 67 05 10  
45, rue Saint Ferdinand  
75017 PARIS  
docteur-naccache.com

N° RPPS



10001322170

Dr ALAOU

24/8/20

1) LANIVIL : 1 ep

30017

2) Diprosone : 2/5 sur les bords

15/100

3) clavique : 1/5 pot 15/100



751721457

Conventionné Honoraires Libres

1008687001

JUSTIFICATION UTILE (Liers payant - 05 - SECURISE)

No : 334143

PHARMACIE SAJUS  
226 Bd Saint Denis  
92400 COURBEVOIE

92 2 01973 2

SAJUS MARC

Tel: 01.43.33.52.28

Mal: ALAOUI

MOHAMMED

255039920432170

199 rue Jb Charcot

Né le: 31/12/1942 Rang: 1

92400 COURBEVOIE

Nature: 10 Exg: 0

Dr : NACCACHE

No: 751721457

Ordon du: 24/08/20

Deliv du: 24/08/20

AMO: CPAM 75

Vendeur : 5

QTE	Produits	P.U.	Base	Hon	Taux
1	TERBINAFINE 250MG MYLAN CPR	20,47		1,02	65%
	34009 3638714 0		Ordo: 000371954		
1	BETAMETHASONE 0,05% DGR CR T	1,29		1,02	65%
	34009 3005595 3		Ordo: 000371955		
1	LORATADINE 10MG MYLAN CPR 15	2,37		1,02	30%
	34009 3608854 2		Ordo: 000371956		
	HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE			0,51	70%
	HONORAIRE LIE A L'AGE DU PATIENT			1,58	70%

TOTAL FACTURE : 29,98

3 Produits

MONTANT A.M.O : 18,41

MONTANT A.R.C.

: 0,00

Paye par l'assure : 11,57



Identification du professionnel de santé :  
Centre de Santé Saint Lazare  
13 Rue de la Pépinière  
75008 Paris  
Tél : 01 58 22 90 00

Date : 04/09/2020

N° Etablissement : 750012619

**RECU N° 197003**

Le 04/09/2020 de ALAOUI MOHAMMED  
11 BD DE SEBASTOPOL  
75001 PARIS

N° Assuré: 255039920432170  
Affiliation: 01 751 8954

Numéro de dossier : 201249199

La somme de 15,00 Euros Mode Espèces

Date acte	Spéc. Désignation Prat. Acte	Montant total	Montant A.M.O.	Montant A.M.C.	Montant assuré	Date et N° Facture
04/09/2020	Madame JEANSON ARIANE 05 APC 1 Avis ponctuel de consultant du médecin	50,00	35,00		15,00	04/09/2020 2522372

*Facture acquittée*

CENTRE MEDICAL ST LAZARE  
13, rue de la Pépinière - 75008 PARIS  
Tél : 01 58 22 90 00  
75 001 26 19





**FSC**  
www.fsc.org

**MIXTE**

Issu de sources  
responsables

**FSC® C084754**

**Façonné et imprimé en France**

**Ce papier thermique est  
certifié sans Bisphénol A**



**Sephira**

**Expert en télétransmission  
mobile et applications santé**

**Tél : 0826 020 036**

**(0,18 € TTC/min.)**

**www.sephira.fr**



**FSC**  
www.fsc.org

**MIXTE**

Issu de sources  
responsables

**FSC® C084754**

**Façonné et imprimé en France**

**Ce papier thermique est  
certifié sans Bisphénol A**

+-----+  
FICHE DE SOINS

+-----+  
24/08/2020 751721457

Dr JEAN YVES NACCACHE  
Beneficiaire des soins :  
ALAOU  
MOHAMMED  
Ne(e) le: 31/12/1942  
2550399204321 70

Med. Trait. declare: Oui  
Med. Trait. Oriente  
F. AU

Actes :  
C 24/08/20

Tiers Payant: NON  
Numero FSE: 193113195  
Num. LOT(S): 487  
Secu: 017518954

Honoraires: 55.00€

+-----+  
EXEMPLAIRE PATIENT  
INTELLIO PAR SEPHIRA  
+-----+