

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.

Educateur :

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.

Prothésiste :

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.

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° M20- 0004238

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06071 Société : SASIO
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
Nom & Prénom : ALAOUI Mohamed
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 060108655 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade :
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° M20-04238

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 :

RÉCOMMANDATIONS 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horizon
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-557695

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6071 Société : schacht

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ALAOUI Mohammed

Date de naissance : 31-12-1992

Adresse : BORDJOURA COLLEGE CITY Villa Verte
Cm 812 1^{er} étage CHABLANCA

Tél. : 0601086655 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ALAOUI Mohammed

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 : CASABLANCA

Le : 11/12/2020

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
01/12/20	B20K001	1	61,54	INP : <input type="text"/> CENTRE MEDICAL SAINT LAZARE 13, rue de la Pépinière - 75008 PARIS Tél. : 01 58 22 90 00 75 001 26 19
	B20K001	1	28,27	
			= 89,81 euros	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
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"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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														

Identification du professionnel de santé :

Centre de Santé Saint Lazare

13 Rue de la Pépinière

75008 Paris

Tél : 01 58 22 90 00

Date : 02/12/2020

N° Etablissement : 750012619

RECU N° 199281

Le 02/12/2020 de ALAOUI MOHAMMED
11 BD DE SEBASTOPOL
75001 PARIS

N° Assuré : 142129938041289

Affiliation : 01 751 8954

Numéro de dossier : 201249199

La somme de 22,50 €uros Mode Espèces

Date acte	Spéc. Désignation Prat. Acte	Montant total	Montant A.M.O.	Montant A.M.C.	Montant assuré	Date et N° Facture
	Madame JEANSON ARIANE					
02/12/2020	05 CS 1	28,00	6,90		21,10	02/12/2020
02/12/2020	05 MPC 1	2,00	0,60		1,40	2557203

Facture acquittée

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

BIOGARAN

BÉTAMÉTHASONE
BIOGARAN® 0,05 % crème

TUBE
DE 30 g



VOIE CUTANÉE

NOMBRE D'APPLICATIONS PAR JOUR	DURÉE

BÉTAMÉTHASONE BIOGARAN®

BÉTAMÉTHASONE
BIOGARAN® 0,05 % crème

Béthasone

✓ x 2/j (parcél)

VOIE CUTANÉE

NOMBRE D'APPLICATIONS

DURÉE

TUBE
DE 30 g



BIOGARAN

BIOGARAN

BÉTAMÉTHASONE
BIOGARAN® 0,05 % crème

TUBE
DE 30 g



VOIE CUTANÉE

NOMBRE D'APPLICATIONS PAR JOUR	DURÉE

BÉTAMÉTHASONE BIOGARAN®

NOMBRE D'APPLICATIONS	DURÉE

VOIE CUTANÉE

TUBE
DE 30 g



BÉTAMÉTHASONE
BIOGARAN® 0,05 % crème

BiPino forme

✓ x 2/j (parcél)

BIOGARAN

AERIOUS

Desloratadine Mylan

5 mg

30 x



Voie orale

 **Mylan**

30 comprimés pelliculés

Desloratadine

Mylan

5 mg

30 x



CENTRE MEDICAL SAINT-LAZARE
13 DE LA PEPINIERE
75008 PARIS

Tél : 01 58 22 90 00

Finess : 750012619

Docteur JEANSON Ariane

Paris, le 02/12/2020

Monsieur ALAOUI MOHAMMED

CYTEAL SOL EXT MOUSS 500ML
1 Flacon.

DIPROSONE 0,05% CR TUB 30G

1 à 2 applications 1 fois par jour en massage léger jusqu'à pénétration complète. Maximum 2 applications par jour.

AERIUS 5MG CPR 30 (DP2)

1 comprimé 1 fois par jour à avaler avec un verre d'eau.

*toilette
4 tube
x 1 un*

Dr JEANSON Ariane
Dermatologue
CENTRE MEDICAL SAINT LAZARE
13, Rue de la Pépinière - 75008 PARIS
Tél. : 01 58 22 90 00
75 001 26 19

Membre d'une A.G.A., le règlement des honoraires par chèque est autorisé

CENTRE MEDICAL SAINT-LAZARE
13 DE LA PEPINIERE
75008 PARIS

Tél : 01 58 22 90 00

Finess : 750012619

Docteur JEANSON Ariane

Paris, le 02/12/2020

Duplicata ne permettant pas la délivrance de médicaments

Monsieur ALAOUI MOHAMMED

CYTEAL SOL EXT MOUSS 500ML
1 Flacon.

DIPROSONE 0,05% CR TUB 30G

1 à 2 applications 1 fois par jour en massage léger jusqu'à pénétration complète. Maximum 2 applications par jour.

AERIUS 5MG CPR 30 (DP2)

1 comprimé 1 fois par jour à avaler avec un verre d'eau.

(Signature)

Dr JEANSON Ariane
Dermatologue
CENTRE MEDICAL SAINT LAZARE
13, Rue de la Pépinière - 75008 PARIS
Tél. : 01 58 22 90 00
75 001 26 19

Membre d'une A.G.A., le règlement des honoraires par chèque est autorisé

JUSTIFICATIF VITALE (Tiers payant - 05 - SECURISE)

No : 339587

PHARMACIE SAJUS

226 Bd Saint Denis

92400 COURBEVOIE

Mal: ALAOU

199 rue Jb Charcot

92400 COURBEVOIE

Dr : CTRE MED ST LAZARE

Ordon du: 02/12/20

AMO: CPAM 75

Vendeur : CC

92 2 01973 2

SAJUS MARC

Tel: 01.43.33.52.28

MOHAMMED 142129938041289

Ne le: 31/12/1942 Rang: 1

Nature: 10 Exo: 0

No: 750012619

Deliv du: 02/12/20

QTE	-----Produits-----	P.U.---	(Base)---	Mon---	Taux
1	CYTEAL SOL EXT MOUSS 250ML	2,90		1,02	15%
34009	3204654 6				
4	BETAMETHASONE 0,05% BGR CR T	1,99		1,02	65%
34009	3005595 3		Ordo: 000380095		
1	DESLOXATADINE 5MG MYLAN CPR	3,48		1,02	30%
34009	2682601 7		Ordo: 000380096		
	HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE			0,51	65%
	HONORAIRE LIE A L'AGE DU PATIENT			1,58	65%

TOTAL FACTURE : 22,55

MONTANT A.M.O : 11,12

Paye par l'assure : 11,43

6 Produits

MONTANT A.M.C :

0,00

Identification du professionnel de santé :

Centre de Santé Saint Lazare

13 Rue de la Pépinière

75008 Paris

Tél : 01 58 22 90 00

Date : 01/12/2020

N° Etablissement : 750012619

RECU N° 199272

Le 01/12/2020 de ALAOUI MOHAMMED
11 BD DE SEBASTOPOL

75001 PARIS

N° Assuré: 142129938041289

Affiliation: 01 751 8954

Numéro de dossier : 201249199

La somme de 50,44 €uros Mode Espèces

Date acte	Spéc. Prat.	Désignation Acte	Montant total	Montant A.M.O.	Montant A.M.C.	Montant assuré	Date et N° Facture
		Madame FLORESCU OANA					01/12/2020
01/12/2020	15	ATM 1	61,54	29,58		31,96	2556956
01/12/2020	15	ATM 1	28,27	9,79		18,48	

Facture acquittée

~~CENTRE MEDICAL SAINT LAZARE~~
~~13, rue de la Pépinière - 75008 PARIS~~
~~Tel. : 01 58 22 90 00~~
~~75 001 26 19~~



PHARMACIE SAJUS
SAJUS MARC
226 Bd Saint Denis
92400 COURBEVOIE
France

Page,1/1

N° SIREN : 530521962
N° TVA intracommunautaire : FR83530521962
Code NAF : 4773Z

N° téléphone : 01.43.33.52.28

ALAOUI MOHAMMED

199 rue Jb Charcot
92400 COURBEVOIE
France

Tél. : 0760751955

Caisse : 01 Opérateur n° 2 CC

Facture n° 102128 du 02/12/2020 - vente n° 120120200025 - FSE n° 339587

Code	Désignation	Qté	P.U.HT	Montant Net HT	Taux TVA	Net TTC
34009 3204654 6	CYTEAL SOL EXT MOUSS 250ML	1	2,840	2,84	2,10	2,90
	HONORAIRE DE DISPENSATION	1	0,999	1,00	2,10	1,02
34009 3005595 3	BETAMETHASONE 0,05% BGR CR TUB 30G	4	1,949	7,80	2,10	7,96
	HONORAIRE DE DISPENSATION	4	0,999	4,00	2,10	4,08
34009 2682601 7	DESLORATADINE 5MG MYLAN CPR 30	1	3,408	3,41	2,10	3,48
	HONORAIRE DE DISPENSATION	1	0,999	1,00	2,10	1,02
HDR	HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE	1	0,500	0,50	2,10	0,51
HDA	HONORAIRE LIE A L'AGE DU PATIENT	1	1,548	1,55	2,10	1,58
Totaux		6		22,10 €		22,55 €

Banque: BNP PARIBAS
IBAN: FR76 3000 4014 7400 0100 2486 621

Taux de TVA	Net HT	Montant TVA	Montant TTC
2,10	22,10	0,45	22,55
Totaux	22,10	0,45	22,55

Part principale	11,12	Part assuré	11,43
Part complémentaire			

Net à payer	11,43
-------------	-------

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

Réglée partiellement (11.43 € en ESPECES), date d'échéance pour le reste dû : 02/12/2020.

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.