

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.

Education :

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

Nº M20- 0004238

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06071 Société : SAISIO

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : ALAOUI Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0601086655 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

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 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 :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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 5 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.

Nº W19-557695

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) _____
Matricule : 6071 Société : achâat

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ALA OUI

Dohammed

Date de naissance : 31-12-1942

Adresse Bouskoura Golf City Ville Verte
Tamoul 81 A 5 ème CHABLANCA

Tél. 060 108 66 55

Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : _____

Nom et prénom du malade : ALA OUI

Mohamed 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 : 09/09

Le : 15 DEC. 2020

Signature de l'adhérent(e) :

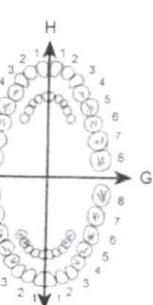
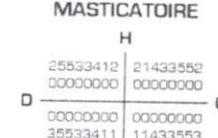


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
01/12/20 BZQK001 BZQK001		1 1	61,54 28,27 = 89,81 euros	INP : <input type="text"/>
				CENTRE MEDICAL SAINT LAZARE 13, rue de la Pépinière - 75008 PARIS Tél. : 01 58 22 90 00 75 001 26 19

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

- VOLET ADHERENT

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

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 de l'ODF.				
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		INP : <input type="checkbox"/>		
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>		
		MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>		
		DEBUT D'EXECUTION <input type="checkbox"/>		
		FIN D'EXECUTION <input type="checkbox"/>		
ODF PROTHESES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>		
		MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>		
		DATE DU DEVIS <input type="checkbox"/>		
		DATE DE L'EXECUTION <input type="checkbox"/>		
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

La somme de 22,50 Euros Mode Espèces

N° Assuré : 142129938041289

Affiliation : 01 751 8954

Numéro de dossier : 201249199

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

Facture acquittée

CENTRE MEDICAL ST LAZARE
13 Rue de la Pépinière - 75008 PARIS
Tél. : 01 58 22 90 00
15 00 26 19

BIOGARAN

BÉTAMÉTHASONE BIOGARAN® 0,05 % crème

TUBE
DE 30 g

VOIE CUTANÉE

NOMBRE D'APPLICATIONS
PAR JOUR

DURÉE

BÉTAMÉTHASONE		DURÉE
VOIE CUTANÉE	NOMBRE D'APPLICATIONS	



Bi-phage form
1x2 (P2eL)

BÉTAMÉTHASONE 0,05 % crème



BIOGARAN

BÉTAMÉTHASONE BIOGARAN® 0,05 % crème

TUBE
DE 30 g

VOIE CUTANÉE

NOMBRE D'APPLICATIONS
PAR JOUR

DURÉE

BÉTAMÉTHASONE		DURÉE
VOCIE CUTANÉE	NOMBRE D'APPLICATIONS	



Bi-Pu-jou
1x2 (Pacé)

BIOGARAN® 0,05 % crème

BÉTAMÉTHASONE

OOGARAN

AERIUS

Desloratadine Mylan

5 mg

30 x



Voie orale



Mylan

30 comprimés pelliculés

Mylan
Desloratadine
Mylan

30 x

DES



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 mois

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

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.

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

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

JUSTIFICATIF VITALE (Tiers payant - 05 - SECURISE)
No : 339587
PHARMACIE SAJUS 92 2 01973 2
226 Bd Saint Denis SAJUS MARC
92400 COURBEVOIE Tel: 01.43.33.52.28
Mal: ALAOUI MOHAMMED 142129938041289
199 rue Jb Charcot Ne le: 31/12/1942 Rang: 1
92400 COURBEVOIE Nature: 10 Exo: 0
Dr : CTRE MED ST LAZARE No: 750012619
Ordon du: 02/12/20 Deliv du: 02/12/20
AMO: CPAM 75
Vendeur : CC
RTE-----Produits-----P.U.---(Base)--Hon--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 DESLORATADINE 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 6 Produits
MONTANT A.M.O : 11,12 MONTANT A.M.C : 0,00
Paye par l'assure : 11,43

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

N° Assuré : 142129938041289

Affiliation : 01 751 8954

75001 PARIS

Numéro de dossier : 201249199

La somme de 50,44 euros 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	15	ATM 1	61,54	29,58		31,96	01/12/2020 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

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.