

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **Informations 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
- 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 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

ND : 01875

## **Déclaration de Maladie : N° P19- 0016294**

 **Maladie** **Dentaire** **Optique** **Autres**

### **Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : G071

Société :

 Actif Pensionné(e) Autre :Nom & Prénom : ALAOUI Rihane Date de naissance : 31/12/1942Adresse : B.D.R. KOUKBA GOLF CITY Ville verte n° 81 ATél. : 06.28.01.66.55 Total des frais engagés : ..... Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ALAOUI Rihane 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 : CASABLANCALe : 12/09/2021

Signature de l'adhérent(e) :

### **VOLET ADHÉRENT**

## **Déclaration de maladie N° P19- 0016294**

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 : .....

#### **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
30/07/08	6	6	250,00	07/07/08 CAS CONV ZISP

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE SAJUS	30/06/20	300 Dirham 1000 2 Tumbutine 200 ) 12,70
30 JUIN 2020		
Tél. : 01 43 33 52 28 N° 92 2019 732		

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
BM EPO-BIOEPINE ASNIERES 79 avenue de la Marne 92600 Asnières sur Seine 01.47.93.72.31 fax 01.47.93.98.56 923800130	20/01/20	B22 B161 B115 ANP 1,50 NAU 1,00	52,17 €

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du praticien <b>SEPHL</b>	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Centre d'Imagerie Médicale Hauts-de-Seine Nord 32, Gde Rue Ch. de Gaulle 92600 ASNIÈRES Tél : 01 47 93 33 34	10.07.12	2	0	0	5	75,60 €

#### VIOLET ADHESIVE

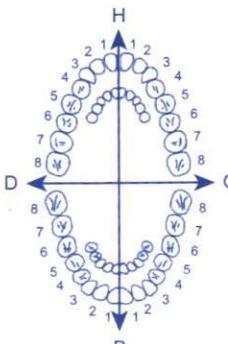
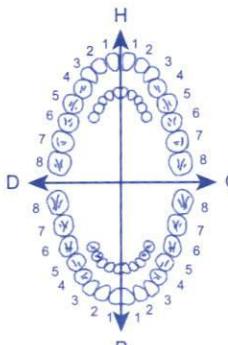
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	Coefficient DES TRAVAUX
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

 <b>IMAGERIE MÉDICALE</b> HAUTS DE SEINE NORD	CENTRE D'IMAGERIE D'ASNIERES 32 Gr Charles de Gaulle  92600 ASNIERES SUR SEINE	Tiers Payant AMO
--	---	------------------

1 Page	Quittance	Edité le 17/07/2020
--------	-----------	---------------------

*Cette copie n'est pas une pièce justificative de remboursement vis-à-vis de l'assurance maladie*

Facture n° 200702195 du 10/07/2020, dossier n°E2007040012

Mode : sécurisé

Radiologue: BENHARRATS Tayeb, N° Facturation 921702874

<b>Bénéficiaire</b>		<b>Assuré</b>	
Nom	: ALAOUI	N° Insee	: 2550399204321 70
Prénom	: Mohammed	AMO	: CPAM PARIS
Né(e) le	: 31/12/1942		01 751 8954
Rang	: 1	Organisme	: 751
Qualité	: 02-Conjoint	Centre	: 36
Code	: 00100	AMC	:

Nature d'assurance : Maladie  
 Indicateur parcours de soins : O  
 Top médecin traitant : O  
 Nom-Prénom médecin ayant orienté : OGRIN Florence

<b>Récapitulatif</b>	
Part AMO	52,92
Part AMC	0,00
Part assuré	49,14
Montant réglé par l'assuré	49,14
Montant total de l'examen	102,06

**PAYÉ**

L'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire  
*SELARL  
 Centre d'imagerie Médicale  
 Hauts-de-Seine Nord  
 32, Gde Rue Ch. de Gaulle  
 92600 ASNIÈRES  
 Tél. 01 47 93 33 34*

**Docteur Florence OGRIN**

**Médecine Générale**  
Nutrition – Homéopathie

DU de Nutrition et Diététique Médicale, Hôpital Bichat  
Diplôme de Thérapeutique Homéopathique du CEDH

75 16 9511 5  
10001477529

*RENDEZ VOUS POSSIBLE SUR DOCTOLIB*

Le mardi 30 juin 2020

M Mohammed ALAOUI

Faire : NFS, VS, Plaquettes

Cholestérol total, hdl-c, ldl-c, Triglycérides

Glycémie à jeun, hba1c

iono uree, Crétatnine, cl creatinine

asat / alat / ggt

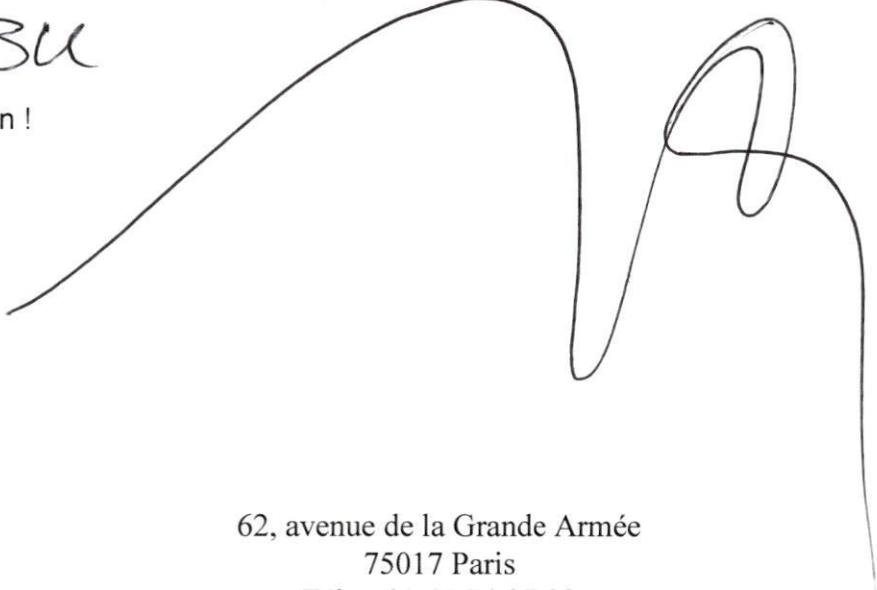
ferritine, tsh us

psa t, l, rapport, serol hiv, hep a ,b, c

LBM BPO-BIOEPINE ASNIERES  
79 avenue de la Marne  
92600 Asnières sur Seine  
tél. 01.47.93.72.31 fax 01.47.93.98.56  
923800130

*je suis*

12 heures à jeun !



62, avenue de la Grande Armée  
75017 Paris  
Tél. : 01 45 74 07 08  
Fax : 09 70 06 76 31  
Consultations sur Rendez-Vous

VEUILLEZ VOUS ASSURER QUE LE MEDECIN AIT BIEN RECU VOS RESULTATS !

En cas d'urgence : URGENCES MEDICALES DE PARIS : 01 53 94 94 94 ou le 15 (SAMU)

Membre d'une Association de gestion agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté.

Docteur Florence OGRIN

Médecine Générale  
Nutrition – Homéopathie

DU de Nutrition et Diététique Médicale, Hôpital Bichat  
Diplôme de Thérapeutique Homéopathique du CEDH

75 16 9511 5

10001477529

*RENDEZ VOUS POSSIBLE SUR DOCTOLIB*

Le mardi 30 juin 2020

M Mohammed ALAOUI

Faire : NFS, VS, Plaquettes

Cholestérol total, hdl-c, ldl-c, Triglycérides

Glycémie à jeun, hba1c

iono uree, Créatinine, cl creatinine

asat / alat / ggt

ferritine, tsh us

psa t, l, rapport, serol hiv, hep a ,b, c

*jeau*

12 heures à jeun !

LBM BPO-BIOEPINE ASNieres  
79 avenue de la Marne  
92600 Asnières sur Seine  
Tél. 01.47.93.72.31 fax 01.47.93.98.56  
923800130

62, avenue de la Grande Armée  
75017 Paris

Tél. : 01 45 74 07 08

Fax : 09 70 06 76 31

Consultations sur Rendez-Vous

VEUILLEZ VOUS ASSURER QUE LE MEDECIN AIT BIEN RECU VOS RESULTATS !

En cas d'urgence : URGENCES MEDICALES DE PARIS : 01 53 94 94 94 ou le 15 (SAMU)

Membre d'une Association de gestion agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté.

**Docteur Florence OGRIN**

**Médecine Générale**  
Nutrition – Homéopathie

DU de Nutrition et Diététique Médicale, Hôpital Bichat  
Diplôme de Thérapeutique Homéopathique du CEDH

75 16 9511 5

10001477529

*RENDEZ VOUS POSSIBLE SUR DOCTOLIB*

mardi 30 juin 2020  
Mohammed ALAOUI  
né le 31/12/1942

BOOSTRIXTETRA Susp inj en seringue préremplie Ser+Aig  
( dtpc)

a faire par ide



62, avenue de la Grande Armée  
75017 Paris  
Tél. : 01 45 74 07 08  
Fax : 09 70 06 76 31

Consultations sur Rendez-Vous

VEUILLEZ VOUS ASSURER QUE LE MEDECIN AIT BIEN RECU VOS RESULTATS !

En cas d'urgence : URGENCES MEDICALES DE PARIS : 01 53 94 94 94 ou le 15 (SAMU)

Membre d'une Association de gestion agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté.

**Docteur Florence OGRIN**

**Médecine Générale**  
Nutrition – Homéopathie

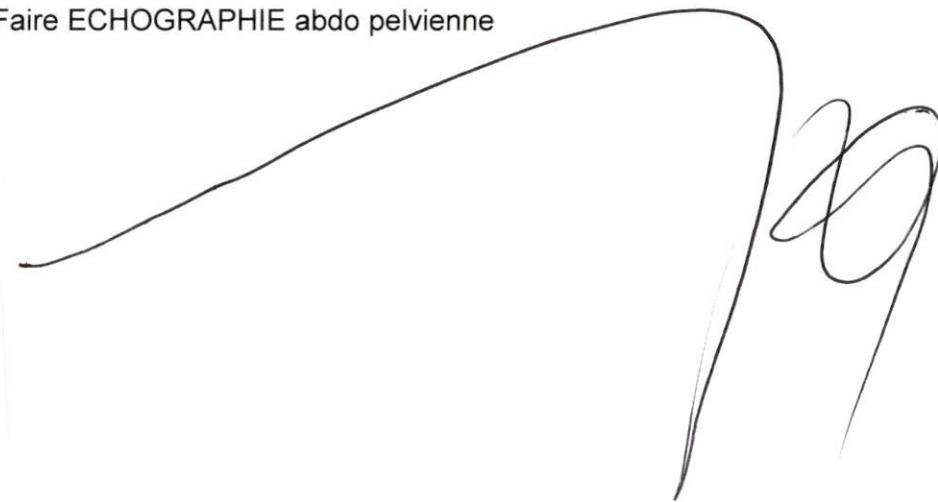
DU de Nutrition et Diététique Médicale, Hôpital Bichat  
Diplôme de Thérapeutique Homéopathique du CEDH

75 16 9511 5  
10001477529

*RENDEZ VOUS POSSIBLE SUR DOCTOLIB*

Le mardi 30 juin 2020  
M Mohammed ALAOUI

Faire ECHOGRAPHIE abdo pelvienne



62, avenue de la Grande Armée  
75017 Paris  
Tél. : 01 45 74 07 08  
Fax : 09 70 06 76 31

Consultations sur Rendez-Vous

VEUILLEZ VOUS ASSURER QUE LE MEDECIN AIT BIEN RECU VOS RESULTATS !

En cas d'urgence : URGENCES MEDICALES DE PARIS : 01 53 94 94 94 ou le 15 (SAMU)

Membre d'une Association de gestion agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté.

## JUSTIFICATIF VITALE (Tiers payant - 06 - SECURISE)

No : 332317  
PHARMACIE GAZUS 92 8 01973 2  
226 Bd Saint Denis SAJUS M&C  
92400 COURBEVOIE Tel: 01.43.33.52.28  
Mail: ALAOUI MOHAMMED 255039920432170  
199 rue JB Charnot Ne le: 31/12/1992 Rang: 1  
92400 COURBEVOIE Nature: 10 Exo: 0  
Dr : DORIN FLORENCE N°: 75169515  
Ordon du: 30/06/20 Deliv du: 30/06/20  
AMO: CPAM 75  
Vendeur : CC  
QTE Products P.U. (Base) Hors Taux  
3 DOLIPRANE 1 000MG CPR 8 1,16 1,02 65%  
34009 3595583 8  
2 TRIMEBUTINE 200MG MYLAN CPR 4,74 1,02 15%  
34009 3591958 8 Ordre: 000369124  
  
TOTAL FACTURE : 20,15 5 Products  
MONTANT A.M.O : 7,45 MONTANT A.M.C : 0,00  
Paye par l'assure : 12,70

**Docteur Florence OGRIN**

**Médecine Générale**  
Nutrition – Homéopathie

DU de Nutrition et Diététique Médicale, Hôpital Bichat  
Diplôme de Thérapeutique Homéopathique du CEDH

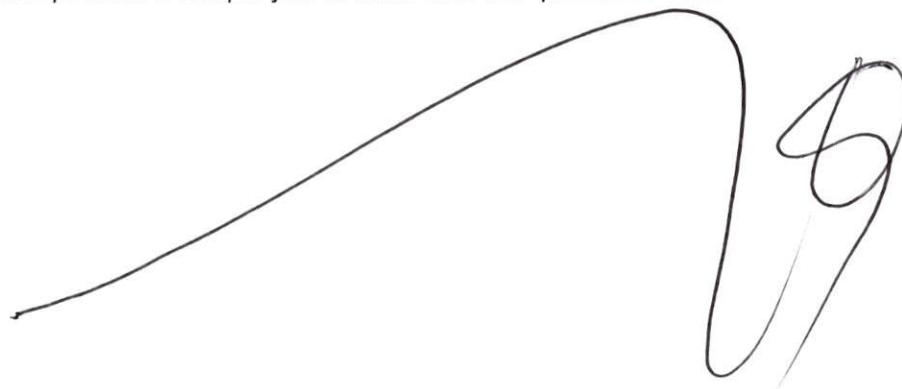
75 16 9511 5  
10001477529

*RENDEZ VOUS POSSIBLE SUR DOCTOLIB*

mardi 30 juin 2020  
Mohammed ALAOUI  
né le 31/12/1942

DOLIPRANE 1000 mg Cpr Plq/8  
*1 comprimé (voie orale) le matin, le midi et le soir pendant 1 semaine*

DEBRIDAT 200 mg Cpr pell 2Plq/15  
*1 comprimé pelliculé 2 fois par jour le matin et le soir pendant 1 mois*



62, avenue de la Grande Armée  
75017 Paris  
Tél. : 01 45 74 07 08  
Fax : 09 70 06 76 31

Consultations sur Rendez-Vous

VEUILLEZ VOUS ASSURER QUE LE MEDECIN AIT BIEN RECU VOS RESULTATS !

En cas d'urgence : URGENCES MEDICALES DE PARIS : 01 53 94 94 94 ou le 15 (SAMU)

Membre d'une Association de gestion agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté.