

## 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 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2344

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BELOUNADI ABDELLAH

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 61 06 27 27

Total des frais engagés : 1273 EUROS  
+ 37,17 EUROS

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 : Casab

Le : 26/10/2021

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		37,17 EUROS
		12,73 EUROS

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																																																	
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																																																	
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																																																	
	SOINS DENTAIRES  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																											INP : <input type="text"/>		
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																													
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																																	
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																																	
DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																																																	
FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																																																	
	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE  <table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></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"><hr/></td></tr> <tr><th>B</th><th></th></tr> </tbody> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B																													
	H	G																																															
	25533412	21433552																																															
	00000000	00000000																																															
	<hr/>																																																
	D	G																																															
	00000000	00000000																																															
	35533411	11433553																																															
	<hr/>																																																
	B																																																
	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																																
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																																
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>																																																
	DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																																																

Formation en Diabétologie  
Diplôme en Nutrition Appliquée  
Capacité de Traitement par Pompe à Insuline  
Diplôme en Echographie  
Holter Glycémique

13.40x6

Diplôme en Nutrition Appliquée  
Capacité de Traitement par Pompe à Insuline  
Diplôme en Echographie  
Holter Glycémique

Casablanca le, 13/09/2021

## Mme MOUADDAB BELOUADI Ilham

13.40x6  
+ LÉVOTHYROX 87,5 µg par jour soit :  
6.80x9. Lévothyrox 50 µg : 1 comprimé + Lévothyrox 25 µg : 1 comprimé et 1/2 le matin à jeun

172.20x14 UN-ALFA 1 µg  
1 capsule matin, midi et soir

Traitements pour 06 mois

2552.40



Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC  
Quartier Arsalane-Rue Amyot Invile  
BP 10877 CASABLANCA-MAROC  
UN-ALFA® 1 µg capsule  
Boîte de 30 capsules

6 118001 200740  
PPV: 172 DH 20

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC  
Quartier Arsalane-Rue Amyot Invile  
BP 10877 CASABLANCA-MAROC  
UN-ALFA® 1 µg capsule  
Boîte de 30 capsules

6 118001 200740  
PPV: 172 DH 20

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC  
Quartier Arsalane-Rue Amyot Invile  
BP 10877 CASABLANCA-MAROC  
UN-ALFA® 1 µg capsule  
Boîte de 30 capsules

6 118001 200740  
PPV: 172 DH 20

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC  
Quartier Arsalane-Rue Amyot Invile  
BP 10877 CASABLANCA-MAROC  
UN-ALFA® 1 µg capsule  
Boîte de 30 capsules

6 118001 200740  
PPV: 172 DH 20

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC  
Quartier Arsalane-Rue Amyot Invile  
BP 10877 CASABLANCA-MAROC  
UN-ALFA® 1 µg capsule  
Boîte de 30 capsules

6 118001 200740  
PPV: 172 DH 20

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC  
Quartier Arsalane-Rue Amyot Invile  
BP 10877 CASABLANCA-MAROC  
UN-ALFA® 1 µg capsule  
Boîte de 30 capsules

6 118001 200740  
PPV: 172 DH 20

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC  
Quartier Arsalane-Rue Amyot Invile  
BP 10877 CASABLANCA-MAROC  
UN-ALFA® 1 µg capsule  
Boîte de 30 capsules

18001 200740  
: 172 DH 20

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC  
Quartier Arsalane-Rue Amyot Invile  
BP 10877 CASABLANCA-MAROC  
UN-ALFA® 1 µg capsule  
Boîte de 30 capsules

6 118001 200740  
PPV: 172 DH 20

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC  
Quartier Arsalane-Rue Amyot Invile  
BP 10877 CASABLANCA-MAROC  
UN-ALFA® 1 µg capsule  
Boîte de 30 capsules

6 118001 200740  
PPV: 172 DH 20

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC  
Quartier Arsalane-Rue Amyot Invile  
BP 10877 CASABLANCA-MAROC  
UN-ALFA® 1 µg capsule  
Boîte de 30 capsules

6 118001 200740  
PPV: 172 DH 20

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC  
Quartier Arsalane-Rue Amyot Invile  
BP 10877 CASABLANCA-MAROC  
UN-ALFA® 1 µg capsule  
Boîte de 30 capsules

6 118001 200740  
PPV: 172 DH 20

E-mail : t.otman@wanadoo.fr - Tél. : 0522 86 56 34 / 0522 86 41 90 - GSM : 0672 24 33 33

# Un-alfa® 1 µg\*

## Alfacalcidol

1 µg\*

30 capsules molles

\*microgramme



059417



1846323130807524  
C33403  
01 2023

Composition:  
Alfacalcidol : 1 microgramme pour une capsule brune.  
**Excipient à effet notable :**  
huile de sésame  
Consulter la notice pour toute information complémentaire.

59 x 30 x 94  
CDK013E-02

## Alfacalcidol

\*microgramme

Voie orale

Lire la notice avant utilisation.  
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.

Médicament autorisé N° :  
3400934841514



## Un-alfa® 1 µg\*, capsule molle

\*microgramme

Respecter les doses prescrites

Liste I – Uniquement sur ordonnance

PC/SN/Lot/EXP:  
(01)03400934841514

Laboratoires LEO  
2 rue René Caudron  
78990 Voisins-le-Bretonneux  
France

Fabricant :  
LEO Pharma A/S  
Davmark

LEO

# Un-alfa® 1 µg\*

## Alfacalcidol

1 µg\*

30 capsules molles

\*microgramme



059417



1846323130807524  
C33403  
01 2023

Composition:  
Alfacalcidol : 1 microgramme pour une capsule brune.  
**Excipient à effet notable :**  
huile de sésame  
Consulter la notice pour toute information complémentaire.

59 x 30 x 94  
CDK013E-02

## Alfacalcidol

\*microgramme

Voie orale

Lire la notice avant utilisation.  
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.

Médicament autorisé N° :  
3400934841514



Ne pas utiliser chez la femme enceinte, sauf en l'absence d'alternative thérapeutique



## Un-alfa® 1 µg\*, capsule molle

\*microgramme

Respecter les doses prescrites

Liste I – Uniquement sur ordonnance

PC/SN/Lot/EXP:  
(01)03400934841514

Laboratoires LEO  
2 rue René Caudron  
78960 Voisins-le-Bretonneux  
France

Fabricant :  
LEO Pharma A/S  
Davmark

LEO

# Un-alfa® 1 µg\*

## Alfacalcidol

1 µg\*

30 capsules molles

\*microgramme



059417



1846323130807524  
C33403  
01 2023

Composition:  
Alfacalcidol : 1 microgramme pour une capsule brune.  
**Excipient à effet notable :**  
huile de sésame  
Consulter la notice pour toute information complémentaire.

59 x 30 x 94  
CDK013E-02

## Alfacalcidol

\*microgramme

Voie orale

Lire la notice avant utilisation.  
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.

Médicament autorisé N° :  
3400934841514



Ne pas utiliser chez la femme enceinte, sauf en l'absence d'alternative thérapeutique



## Un-alfa® 1 µg\*, capsule molle

\*microgramme

Respecter les doses prescrites

Liste I – Uniquement sur ordonnance

PC/SN/Lot/EXP:  
(01)03400934841514

Laboratoires LEO  
2 rue René Caudron  
78960 Voisins-le-Bretonneux  
France

Fabricant :  
LEO Pharma A/S  
Davmark

LEO

# Un-alfa® 1 µg\*

## Alfacalcidol

1 µg\*

30 capsules molles

\*microgramme



059417



1846323130807524  
C33403  
01 2023

Composition:  
Alfacalcidol : 1 microgramme pour une capsule brune.  
**Excipient à effet notable :**  
huile de sésame  
Consulter la notice pour toute information complémentaire.

59 x 30 x 94  
CDK013E-02

## Alfacalcidol

\*microgramme

Voie orale

Lire la notice avant utilisation.  
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.

Médicament autorisé N° :  
3400934841514



## Un-alfa® 1 µg\*, capsule molle

\*microgramme

Respecter les doses prescrites

Liste I – Uniquement sur ordonnance

PC/SN/Lot/EXP:  
(01)03400934841514

Laboratoires LEO  
2 rue René Caudron  
78990 Voisins-le-Bretonneux  
France

Fabricant :  
LEO Pharma A/S  
Davmark

LEO

PHARMACIE DE LA GARE  
 MRS DETRUIT ET HERZOG  
 82 BIS RUE M. THOREZ  
 92000 NANTERRE  
 Tel: 0147211223  
 N° SIRET: 80156340400012  
 Code NAF: 4773Z - FR84801563404  
 FRANCE

Page 1 / 1

### FACTURE

N°6533/969885

Du 14/09/2021

Date de l'échéance 15/09/2021

MOUADDAB BELOUADI Ilham  
 MAROC  
 99000 ETRANGER

Prescripteur : MEDECINS DU MONDE \_

N° AM : 750000408

Opérateur: - I

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
UN ALFA 1 G CAPS B/30 3400934841514	PH7	0	3	10,970	2,10%	32,91
N° Ordonnancier : 1263534						
Honor. dispens. HD7	HD7	0	3	0,999	2,10%	3,00
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
36,41	2,1% (4)	0,77	37,17
<b>Total HT</b>		<b>Total TVA</b>	<b>Total TTC</b>
<b>36,41</b>		<b>0,77</b>	<b>37,17</b>

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	37,17

Mode(s) de règlement	CB	37,17
Reste dû		0,00

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

**PHARMACIE DE LA GARE**  
 82 bis, rue Maurice Thorez  
 92000 NANTERRE  
 Tél: 01 47 21 12 23 - Fax : 01 46 95 10 09  
 pharmacie2lagare@gmail.com  
 92 201 87 18

(u) indique les quantités unitaires

(\*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1

SEL PHARMACIE DE LA GARE DE BECON  
Jean Louis LEVY  
3 PLACE SARRAIL  
92400 COURBEVOIE  
Tel: 0143330409  
N° SIRET: 52754902600013  
Code NAF: 4773Z - FR29672030491  
FRANCE

Désignation	Code	Qté	PU	Montant
	TVA		TTC	TTC
Patient: MOUADDAB Ilham				
Ordonnance 609281				
3400934841514	4	1	11,20	11,20
UN ALFA 1 G CAPS B/30			( 726337)	
	4	1	1,02	1,02
Honor. dispens. HD7				
	4	1	0,51	0,51
Honor. dispens. HDR				
			Total TTC	12,73
			A Payer	12,73

TOTAL A PAYER : 12,73 (83,50F)  
Montant HT : 12,47

Code		HT	TVA	TTC
TVA	Taux			
4	2,10	12,468	0,262	12,73
CB		: 12,73		

Le 14/10/2021 à 13h44 Op. : 6 R

Montants exprimés en Euros

A BIENTOT  
MERCI POUR VOTRE VISITE

Ticket 278840/1317432 B17/0106-R2

103/ /1/FACTURATION/TICKET/3/N/AAMN/AAOF  
/2.13.1.2.R11-185/1

CARTE BANCAIRE  
SANS CONTACT

)))

A0000000421010

CB

LE 14/10/21 A 17:50:24

SELARL PHARMACIE 92

ASNieres SUR S

3954069 05009469769901

30003

#####8166

FC10F3370E4090EE

801 000054 133 C @

NO AUTO: 196634

MONTANT :

**24,44 EUR**

Pour information :

160,32 FRF

DEBIT

TICKET CLIENT

A CONSERVER