

# 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 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](http://www.mupras.com)

185132

## Déclaration de Maladie : N° P19-0005880

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 719 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ESSALIME Ahmed Date de naissance : 01-01-48

Adresse : 107 lot LINA Sidi Maârouf Casablanca

Tél. : 06.11.90.63.90 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DOCTEUR NICOLE FRIBOURG JOURDAN  
14 RHUMATOLOGIE  
21 RUE DE CHAZELLES  
75017 PARIS  
TEL 01 48 88 25 25  
75 1 52682 3

CONV HONO LIBRES  
0 3 31 0  
CAB CONV 2PSU ZIR

Date de consultation : 23/06/2022

Nom et prénom du malade : LAKHDAR Saïda Age : 62 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Traumatisme poignet gauche

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : chute

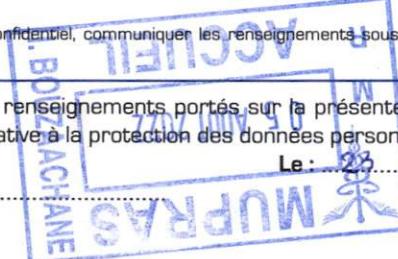
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Paris

Le : 23 / 6 / 22

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
23/6/22	Rhumatologie	1	150,00	DOCTEUR NICOLE Fribourg JOURDAN 14 RHUMATOLOGIE CONV HONO.LIBRES
08				21 RUE DE CHAZELLES 75017 PARIS TEL 01 48 88 25 25 55692 3

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE PARODI 222 rue du Fbg S' Martin - 75010 PARIS 75 2 03850 5 Tél. : 01 46 07 34 71 / Fax : 01 46 07 33 96 email : pharmacie.parodi@i-pharm.fr	23/06/2022	73 € 16

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
85 16 02 220 152 154 156 158 160 162 164 166 168 170 BONNIEUX 31447 044 046 048 050 052 054 056 058 060 RPN 1044 1046 1048 1050 1052 1054 1056 1058 1060 020 3457 0522	02/08/22	2300	3000 DH

## AUXILIAIRES MEDICAUX

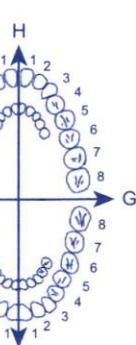
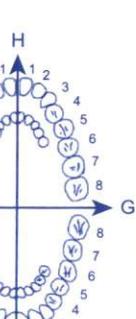
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **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	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			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		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 Nicole Fribourg-Jourdan  
Rhumatologie  
Médecine du Sport  
Pathologie du Rachis  
Membre de la Société Française de Rhumatologie

N° Papp :  
  
1 0 0 0 0 4 2 2 2 9 4

Clinique du Parc Monceau  
21, rue de Chazelles  
75017 Paris  
Tel. : 01 48 88 25 25  
Fax : 01 48 88 26 03  
E-mail : nicolefj61@gmail.com

Sur rendez-vous

le 23/6/2022

(re LAKHDAR Seida)

① Flector Tisongel 1 patch / mois 10 mois consécutifs  
2 doses -

② Zyma D 50.000 1 ampoule à boire par mois. 6 mois



1KIPLO003118001

N° Am :



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



**Facture**

Numéro de facture	Date	Code client
220055292	23/06/2022	

**752038505****PHARMACIE PARODI**

Mme DOUMERC  
 222 RUE FAUBOURG SAINT MARTIN  
 75010 PARIS 10  
 FRANCE  
 Tél : 0146073471  
 Fax : 0146073396  
 E-mail : pharmacieparodi@ipharm.fr

LAKHDAR SAIDA  
 4 SQUARE LEON GUILLOT  
 75015 PARIS 15

SIRET : APE :

TVA Intracommunautaire :

Mode de règlement : Carte Bancaire  
 Echéance : 01/07/2022

Code13Réf	Désignation	Qté	TTC U Brut	%Rem	TTC U Net	Mt TTC Net	%TVA
34009 3008729 9	ZYMAD 50 000 UI S BUV EN AMP 1AMP/2ML	6	2,2600	0,00	2,2600	13,56	2,1
34009 3782233 6	FLECTORTISSUERGELEP 1% EMPLATF	4	14,9000	0,00	14,9000	59,60	10,0

Quantité totale des produits : 10

Taux TVA	HT Brut	%Rem	Remise	HT Net	TVA	Total Net HT	67,46 EUR
10,0%	54,18	0,00%	0,00	54,18	5,42	TVA	5,70 EUR
2,1%	13,28	0,00%	0,00	13,28	0,28	Montant TTC	73,16 EUR
<b>Totaux</b>	<b>67,46</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00</b>	<b>67,46</b>	<b>5,70</b>		

Pharmacie acceptant le règlement des sommes dues par chèque, libellé à son nom en sa qualité de membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale.  
 En cas de non paiement à la date d'échéance indiquée, l'acheteur sera de plein droit redevable de l'application d'un intérêt de retard calculé sur l'intégralité des sommes restant dues, intérêt d'un montant égal à deux fois le taux d'intérêt légal, montant auquel viendra s'ajouter une indemnité forfaitaire de recouvrement de 40 euros.

**PHARMACIE PARODI**  
 222 rue du Fbg St Martin - 75010 PARIS  
 75 2 03850 5  
 Tél. : 01 46 07 34 71 / Fax : 01 46 07 33 96  
 email : pharmacieparodi@ipharm.fr

## feuille de soins - médecin

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale  
Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

numéro de facture (facultatif)

date 23062022

## PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

## PERSONNE RECEVANT LES SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

J J M M A A A A

code de l'organisme de rattachement  
en cas de dispense d'avance des frais  
(à remplir par le médecin)

## ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

## ADRESSE DE L'ASSURE(E)

## IDENTIFICATION DU MEDECIN

DOCTEUR NICOLE Fribourg JOURDAN

14 RHUMATOLOGIE

CONV. HONO LIBRES

## MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

## IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

21 RUE DE CHAZELLES

75017 PARIS

=&gt; 75 1 52682 3 00 3 31 0 14 n°AM

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé

## CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

 MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante) SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1  
(cf. la notice au verso : § précédé de "\*" et les recommandations importantes) acte conforme au protocole ALD action de prévention autre accident causé par un tiers :

non

oui

date

J J M M A A A A

 MATERNITE

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

J J M M A A A A

 AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous

nom et prénom du médecin :

(s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)

accès direct spécifique

urgence

hors résidence habituelle

médecin traitant remplacé

accès hors coordination

## ACTES EFFECTUÉS

(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : J J M M A A A A)

dates des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P..) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	frais de déplacement		
						dépass.	I.D. M.D.	I.K. nbre
23052022				C	150,00			
J J M M A A A A								
J J M M A A A A								
J J M M A A A A								

## PAIEMENT

MONTANT TOTAL  
en euros (1+2+3)

150,00

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du médecin ayant effectué l'acte ou les actes

signature de l'assuré(e)

impossibilité de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale).

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

## quelques conseils pour remplir votre feuille de soins

**Le bon remplissage de votre feuille de soins est la garantie de votre remboursement par l'assurance maladie.**

La première information à donner concerne la personne recevant les soins et l'assuré(e) :

- Si vous ne payez pas votre médecin, celui-ci remplit l'ensemble de cette rubrique, sur présentation de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne, y compris le code de l'organisme de rattachement.
  - Si vous payez votre médecin, celui-ci indique uniquement vos nom et prénom, selon vos indications, ou en reprenant les informations contenues dans votre carte Vitale ou sur l'attestation papier qui l'accompagne.
- Les autres lignes de cette rubrique sont à compléter par vous même (le code de l'organisme de rattachement ne doit pas être indiqué dans ce cas) :

- si vous êtes la personne recevant les soins et aussi l'assuré(e), inscrivez seulement :

  - votre numéro d'immatriculation (il est indiqué sur votre carte Vitale et sur l'attestation papier qui l'accompagne).

- si vous êtes la personne recevant les soins mais pas l'assuré(e), écrivez :

  - votre numéro d'immatriculation,
  - ou (si celui-ci ne vous a pas été communiqué),
  - votre date de naissance,
  - le nom et le prénom de l'assuré(e) auquel (à laquelle) vous êtes rattaché(e) et son numéro d'immatriculation,

- complétez enfin cette rubrique en indiquant l'adresse de l'assuré(e).

Toutes les autres rubriques de la feuille de soins sont à remplir par votre médecin, y compris le numéro de facture qui est une zone facultative destinée à son usage.

- Si l'acte qu'il effectue est en rapport avec l'affection de longue durée (ALD), il doit le préciser dans la case prévue à cet effet.
- \* • Si vos soins sont dispensés au titre de l'article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, il doit le préciser dans la case prévue à cet effet.
- Si vos soins sont liés à un accident causé par une personne autre que vous-même, précisez-le lui ainsi que la date de cet accident. Ces renseignements, recueillis sous votre responsabilité, doivent obligatoirement figurer sur la feuille de soins car ils permettent à l'assurance maladie de récupérer les frais relatifs à votre accident auprès de l'assureur de la personne ayant causé cet accident.
- Si vos soins sont liés à un accident du travail, ou à une maladie professionnelle, présentez à votre médecin la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle qui vous a été remise par votre employeur ou par votre organisme d'assurance maladie.
- Si le médecin qui remplit la feuille de soins est votre nouveau médecin traitant, il doit cocher la case prévue à cet effet. Dans ce cas, n'oubliez pas d'envoyer à votre caisse d'assurance maladie la nouvelle déclaration de choix du médecin traitant.
- Si le médecin qui remplit la feuille de soins n'est pas le médecin traitant que vous avez déclaré, il doit indiquer si l'acte est réalisé à la demande de celui-ci. Dans ce cas, il reporte sur la feuille de soins le nom et le prénom de votre médecin traitant. Si votre état de santé nécessite l'intervention de plusieurs médecins, ces informations doivent également être reportées sur la feuille de soins par ces médecins.

Dans la négative, le médecin doit cocher l'une des cases permettant de préciser si les soins sont réalisés :

- par un médecin exerçant une spécialité à accès direct (gynécologie, ophtalmologie, psychiatrie) ou par un médecin exerçant dans une consultation hospitalière de tabacologie, d'alcoologie ou de lutte contre les toxicomanies (art. D 162-1-6, 6° du Code de la sécurité sociale),
- en urgence,
- hors de votre résidence habituelle (par exemple lorsque vous êtes en congé),
- par un médecin remplaçant votre médecin traitant en son absence,
- en accès libre non coordonné, c'est-à-dire lorsque vous consultez directement un médecin qui n'est pas votre médecin traitant.

### Recommandations importantes :

Prévenez votre organisme d'assurance maladie à l'occasion d'un changement intervenant dans votre situation, comme, par exemple, en cas de :

- **changement de compte bancaire, postal ou de caisse d'épargne** : envoyez-lui votre nouveau relevé d'identité de compte,
  - **changement d'organisme d'assurance maladie** : prenez contact avec votre nouvel organisme d'assurance maladie pour le transfert de votre dossier afin de ne pas retarder le remboursement de vos soins et prestations. Votre ancien organisme d'assurance maladie peut vous aider dans cette démarche.
- \* Si le médecin a coché la case "SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1", la feuille de soins doit être adressée à l'organisme gestionnaire mentionné sur votre attestation de pensionné(e).

N'oubliez pas de signer votre feuille de soins.

Docteur Nicole Fribourg-Jourdan  
Rhumatologie  
Médecine du Sport  
Pathologie du Rachis  
Membre de la Société Française de Rhumatologie

N° Rapp :  
  
1 0 0 0 0 4 2 2 2 9 4

Clinique du Parc Monceau  
21, rue de Chazelles  
75017 Paris  
Tél. : 01 48 88 25 25  
Fax : 01 48 88 26 03  
E-mail : nicoleff61@gmail.com

Sur rendez-vous

le 23/6/2022

Mme LAKHDAR Souad

Faire une IRM du poignet et du capte (bord radial)

Penchy

multiple lésion ligamentaire post traum avec  
seulement +/- fissure chondrale / scissure  
dans chondral associé ?

Nephrectomie

  
C. PHARMACIE DER EL KHAIL SOUTIKA  
Docteur A. A. A. A.  
Rue 23 N° 63  
El Khair 1000  
Téléphone : 164 00 21 04  
Fax : 164 00 21 05  
e-mail : [derelkhail@yahoo.fr](mailto:derelkhail@yahoo.fr)

N° Am :

  
7 5 1 5 2 6 8 2 3

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



Nom & prénom : LAKHDAR SAIDA

**FACTURE N° : 22/015310**

Date : 02/08/2022

<u>Examen</u>	<u>Montant</u>
I.R.M POIGNET GAUCHE	3 000,00
<b>Total Montant</b>	
	3 000,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de:

TROIS MILLE DIRHAMS

REGLEMENT :ESPECES Le 02/08/2022

Relevé d'identité bancaire  
Banque Centrale Populaire  
Agence Massira  
88, bd massira el khadra Casablanca  
Compte n°:190 780 21211 9307191 000 7 73

RADILOGIE Abou Madi  
27, Rue Ilya Abou Madi - Quartier Gautier - Casablanca  
Tél: 0522.20.34.57 / Fax: 0522.27.74.00  
N° de facture : 203457 / Date : 2022-08-02  
Réf: 0522.20.3457 / 2022-08-02

Radiologie Aboumadi : S.A.R.L au Capital de 740.000,00 DH - 27 Rue Ilya Abou Madi - Quartier Gautier - Casablanca 20060 Maroc

Tél : 0522.20.34.57/58 Fax: 0522.47.40.09 E-mail: contact@radiologie-aboumadi.com  
RC : 395253 Casablanca - TP : 35509523 - IF : 01086163 - CNSS : 2623884 - ICE : 002036624000064



Casablanca le 02/08/2022

PATIENT : LAKHDAR SAIDA  
EXAMEN(S) REALISE(S) : I.R.M POIGNET GAUCHE  
H.

#### TECHNIQUE

DP avec saturation de la graisse dans les 3 plans de l'espace.  
T1 dans les 3 plans de l'espace.

#### RÉSULTAT

Présence d'un important remaniement au niveau du versant radial de l'articulation radio-carpienne intéressant l'extrémité inférieure du radius et le scaphoïde. Cette atteinte porte sur l'os et sur la synoviale et des ligaments :

##### Sur le plan osseux

Il existe un œdème osseux intéressant le scaphoïde sans véritable solution de continuité. Cet œdème s'étend également vers le trapèze et le trapézoïde avec une petite géode au niveau du trapézoïde.

##### Sur le plan synovial

Il existe un épanchement liquide de faible abondance inter articulaire entre les articulations radio scaphoïdiennes carpo métacarpienne du premier rayon..

##### Sur le plan ligamentaire

On note une rupture du ligament triangulaire.

##### Sur le plan tendineux

Respect des tendons du poignet.

Sur le plan chondral on note un respect du cartilage d'encroûtement sans pincement nettement individualisable.

À noter également l'existence de petits kystes au niveau du versant cubital de l'articulation cubitocarpienne

#### AU TOTAL

Lésion d'allure post traumatique avec œdème osseux au niveau des os du carpe portant sur le scaphoïde, le trapèze et trapézoïde associée à un épanchement liquide et une lésion ligamentaire du ligament triangulaire.

**Dr. Mustapha AKIKI**  
Spécialiste en Radiologie  
Lauréat de la Faculté de  
Médecine de Nancy  
Ex Enseignant à la Faculté de  
Médecine

**Dr. M. AZ EL-Arab BERRADA**  
Spécialiste en Radiologie  
Ex Enseignant à la Faculté de  
Médecine

**Dr. Hakima BENKIRANE**  
**Ep. Benjelloun**  
Spécialiste en Radiologie  
Lauréate de la Faculté de  
Médecine de Nancy  
Ex attachée au CHU Ibnou Rochd  
Diplômée de Paris  
en Imagerie de la femme

**Dr. Imad HANAFI**  
Spécialiste en Radiologie  
Lauréat de la Faculté  
de Médecine de Bruxelles  
Ex. Praticien hospitalier  
des hôpitaux de Paris  
Radiologie Conventionnelle  
et Interventionnelle

- IRM Haut champ
- Scanner Spirale Multi-barettes
- Imagerie Cardio-Vasculaire
- Radiologie Générale Numérique
- Mammographie/Tomosynthèse
- Echographie-Doppler Couleur
- Echo-Doppler 3D, 4D
- Echographie Morphologique
- Cone Beam
- Panoramique Dentaire Numérique
- Denta-scanner
- Teleradiologie 4 mètres Numérique
- Ostéo-densitométrie Biphotonique
- Radiologie Interventionnelle

Confraternellement  
**DR. BERRADA AZ EL ARAB**  
INPE : 091032870