

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 canaux, 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 canaux.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° M21- 071815

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6071 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ALAOUI Noham

Date de naissance : 1942

Adresse : BOULEVARD ALAOUI GOLF City Villa Vert 20181A CAS

Tél. : 06 0801 6655 Total des frais engagés : Dhs

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 : Le : 12 / 12 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| PHARMACIE SAJUS Dr Marc SAJUS 226, Bvd Saint Denis 92400 Courbevoie Tél. : 01 43 33 52 28 N° 92 2 019 732 | 13/05/22 | 6,68 |
| | 05/11/21 | 1,89 |
| | 05/11/22 | 5,08 |
| | | |
| | | |

[illegible]

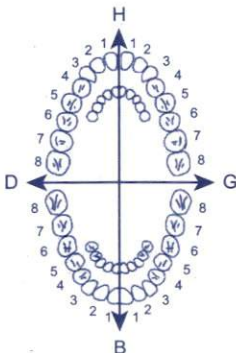
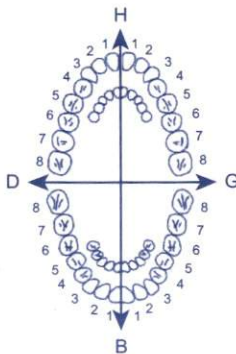
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | |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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

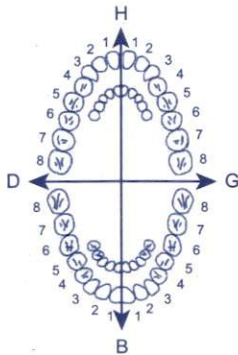
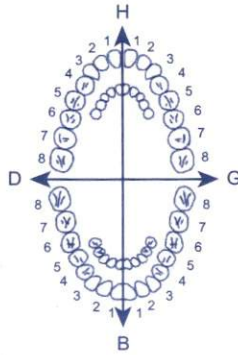
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|--|---|---------------------|-------------|--|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div> |
| | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div> |
| | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div> |
| | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div> |
| <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> | | | | |
|  | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div> |
| | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div> |
| | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| 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 | | | | |
|  | <div><div>H</div><div><div>25533412</div><div>00000000</div></div><div>D</div><div><div>21433552</div><div>00000000</div></div><div>G</div><div><div>00000000</div><div>35533411</div></div><div>B</div></div> | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | <div><div>(Création, remont, adjonction)</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div> | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | | DATE DE L'EXECUTION |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



78, rue du Général Leclerc
94275 LE KREMLIN-BICÊTRE

Standard : 01 45 21 21 21



INS non signé

Identification du prescripteur
(nom, prénom et identifiant)

Mihai CASIAN

N° RPPS

BCT CS ANESTHESIO ADULTE

Le Kremlin-Bicêtre, le 05/11/2022 à 14:55

940100043



ORDONNANCE

DÉPARTEMENT MÉDICO-
UNIVERSITAIRE
ANESTHÉSIE - RÉANIMATION -
DOULEUR

Directeur

Professeur Dan BENHAMOU

Secrétariat : 01 45 21 63 10

SERVICE ANESTHÉSIE -
RÉANIMATION

MÉDECINE PÉRI OPÉRATOIRE

Chef de Service

Professeur Jacques DURANTEAU

Secrétariat : 01 45 21 34 41

Praticiens Hospitaliers

Docteur Karl AIDAN

Docteur Youssef AMARA

Docteur Laurent AUBERT

Docteur Catherine BAUJARD

Docteur Antoine BAUMANN

Docteur Youssa BEN AICHA

Docteur Catherine BERNARD

Docteur Antonia BLANIÉ

Docteur Yannis BORNEMANN

Docteur Zina BOUZIT

Docteur Marie BRUYÈRE

Docteur Marie-Josée CABALLERO

Docteur Jacques de MONTBLANC

Docteur Guillaume DUBREUIL

Docteur Chloé DUNYACH

Docteur Souad EL AOUADI

Docteur Nejla ESSAFI

Docteur Christine FESSENMEYER

Docteur Samy FIGUEIREDO

Docteur Marine FONTAINE

Docteur Tristan GARIN

Docteur Benoît GILLE

Docteur Sébastien GROUSSON

Docteur Jean-Pierre GUENERON

Docteur Kamélia HABCHI

Docteur Alexandre JOOSTEN

Docteur Viridiana JOUFFROY

Docteur Karl KAMEL

Docteur Faiza MALLEK

Docteur Laurent MARTIN

Docteur Mostafa MAZBOUDI

Docteur Baya MEBTOUCHE

Docteur Claire MENGELLE

Docteur Nadia MOULAY

Docteur Raphaële RIGOLOT

Docteur Philippe ROULLEAU

Docteur Laura RUSCIO

Docteur Jessica SOUAIBY

Docteur Giuseppe STAITI

Docteur Claudia TANASE

Docteur Virginie TARAZONA

Docteur Nathalie TARRAF

Docteur Fabien TRABOLD

Docteur Hinda ZEBIRI

Docteur Paul ZETLAOUI

Secrétariat :

dar.anesthesie@bct.ap-hop-paris.fr

Téléphone : 01 45 21 34 41

Consultation d'anesthésie
Monsieur ALAOUI | M | 31/12/1942 | INS/NIR : 142129938041289 | 8001568427 | 1000208389
Ordonnance, Imprimé le 05/11/2022 14:55

ORDONNANCE

Monsieur ALAOUI Mohammed, âgé de 79 ans, né le 31/12/1942, 65 kg, 165 cm

SELEXID 200 mg

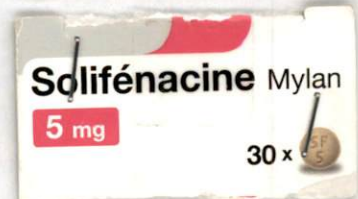
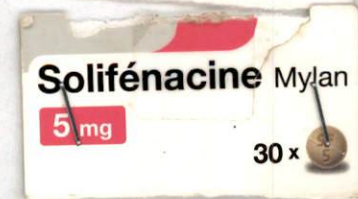
2 cp x 2/jour matin et soir

QSP 5 jours

Commencer le prendre 48 h avant l'opération

Ordonnance validée électroniquement par Mihai CASIAN

PHARMACIE SAJUS
05 NOV. 2022
Tél : 01 43 33 52 28
N° 92 2 019 732





PHARMACIE DE LA GARE
MH.FLAMBEAUX
2 rue Denis Papin
92600 ASNIERES
France

N° SIREN : 353881642
 N° TVA intracommunautaire : FR17353881642
 Code NAF : 4773Z

N° téléphone : 0147930228

ALAOUI MOHAMMED

199 Ave Jb Charcot
 92400 COURBEVOIE
 France

Caisse : 01 Opérateur n° 24 ML
 Client : ALAOUI MOHAMMED

Facture n° 531855 du 13/08/2022 - vente n° 122081300049 - FSE n° 1068596

| Code | Désignation | Qté | P.U.HT | Net HT (arrondi) | Taux TVA | Net TTC |
|-----------------|-----------------------------------|-----|--------|---------------------|-------------|---------|
| 34009 3016170 8 | SOLIFENACINE 5MG ZENTIVA CPR 30 | 1 | 7,326 | 7,33 | 2,10 | 7,48 |
| | 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 |

Quantité Produit : 1

Banque: CL ASNIERES CH DE GAULLE

IBAN: FR22 3000 2005 3000 0000 7794 G68

| Taux de TVA | Net HT | Montant TVA | Montant TTC |
|----------------|--------|----------------|----------------|
| 2,10 | 10,37 | 0,22 | 10,59 |
| Totaux | 10,37 | 0,22 | 10,59 |

| | | | |
|---------------------|------|-------------|------|
| Part principale | 3,91 | Part assuré | 6,68 |
| Part complémentaire | | | |

Net à payer 6,68

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

Date d'échéance : 13/08/2022

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.



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° 135496 du 05/11/2021 - vente n° 121110500023 - FSE n° 357120

| Code | Désignation | Qté | P.U.HT | Montant Net HT | Taux TVA | Net TTC |
|-----------------|-----------------------------------|-----|--------|----------------|----------|---------|
| 34009 3011771 2 | INFLUVAC TETRA SER 0,5ML 1 | 1 | 10,881 | 10,88 | 2,10 | 11,11 |
| | HONORAIRE DE DISPENSATION | 1 | 0,999 | 1,00 | 2,10 | 1,02 |
| | VACCINATION | 1 | 6,300 | 6,30 | Exo | 6,30 |
| 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 | | 2 | | 20,23 € | | 20,52 € |

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

| Taux de TVA | Net HT | Montant TVA | Montant TTC |
|-------------|--------|-------------|--------------|
| Exo | 6,30 | 0,00 | 6,30 |
| 2,10 | 13,93 | 0,29 | 14,22 |
| Totaux | 20,23 | 0,29 | 20,52 |

| | | | |
|---------------------|-------|-------------|------|
| Part principale | 18,63 | Part assuré | 1,89 |
| Part complémentaire | | | |

| | |
|--------------------|-------------|
| Net à payer | 1,89 |
|--------------------|-------------|

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

Réglée partiellement (1.89 € en ESPECES), date d'échéance pour le reste dû : 05/11/2021

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.



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 JEAN BAPTISTE CHA
 92400 COURBEVOIE
 France

Caisse : 01 Opérateur n° 1 MS
 Client : ALAOUI MOHAMMED

Facture n° 175202 du 05/11/2022 - vente n° 122110500088 - FSE n° 377152

| Code | Désignation | Qté | P.U.HT | Net HT (arrondi) | Taux TVA | Net TTC |
|-----------------|-----------------------------------|-----|--------|---------------------|-------------|---------|
| 34009 3010493 4 | SELEXID 200MG CPR 20 | 1 | 7,659 | 7,66 | 2,10 | 7,82 |
| | 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 |
| HDE | HONORAIRE MEDICAMENT SPECIFIQUE | 1 | 3,497 | 3,50 | 2,10 | 3,57 |

Quantité Produit : 1

Banque: BNP PARIBAS

IBAN: FR76 3000 4014 7400 0100 2486 621

| Taux de TVA | Net HT | Montant TVA | Montant TTC |
|----------------|--------|----------------|----------------|
| 2,10 | 14,20 | 0,30 | 14,50 |
| Totaux | 14,20 | 0,30 | 14,50 |

| | | | |
|---------------------|------|-------------|------|
| Part principale | 9,42 | Part assuré | 5,08 |
| Part complémentaire | | | |

Net à payer 5,08

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

Réglée partiellement (5.08 € en ESPECES), date d'échéance pour le reste dû : 05/11/2022

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.

PHARMACIE SAJUS
 05 NOV 2022
 Tél. : 01 43 33 52 28
 N° 92 2 019 732