

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 : Co71 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ALAOUI Nouria

Date de naissance : 1942

Adresse : BOUZAKOURA GOLF CITY Ville Verte 20181 A CASABLANCA

Tél. : 06 0801 6655 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

Conjoint

Age :

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) :




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

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	13/05/11 05/04/11 05/04/11	6,68 1,89 5,08

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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 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
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

H	G
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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 Yousra BEN AICHA
Docteur Catherine BERNARD
Docteur Antonia BLANIÉ
Docteur Yannis BORNEMANN
Docteur Zina BOUZIT
Docteur Marie BRUYÈRE
Docteur Marie-José CABALLERO
Docteur Jacques de MONTBLANC
Docteur Guillaume DUBREUIL
Docteur Chloé DUNYACH
Docteur Souad EL AOUDI
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 MEFTOUCHE
Docteur Claire MENGEILLE
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 Hind ZEBIRI
Docteur Paul ZETLAOUI

Secrétariat :
dar.anesthesie@bct.aphp.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

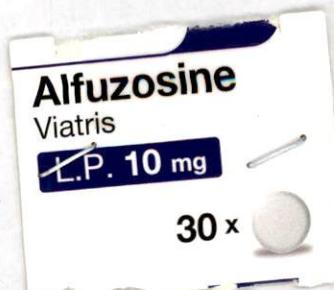
SELEXID 200 mg

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° 922 019 732





**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
HDR	HONORAIRE DE DISPENSATION	1	0,999	1,00	2,10	1,02
HDA	HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE	1	0,500	0,50	2,10	0,51
	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
HDR	HONORAIRE DE DISPENSATION	1	0,999	1,00	2,10	1,02
HDA	HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE	1	0,500	0,50	2,10	0,51
HDE	HONORAIRE LIE A L'AGE DU PATIENT	1	1,548	1,55	2,10	1,58
	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
 05/11/2022
 Tél. : 01 43 33 52 28
 N° 92 2 019 732