

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

M22- 0034239

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6071

Société : 147341

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ALAOUI Mohamed

Date de naissance : 31-12-1942

Adresse : BOUZKOURA GOLF city ville verte unité 81 A

Tél. : 0608016655

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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 : CASABLANCA

Le : 28/12/2022

Signature de l'adhérent(e) : H.E.

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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	28/12/12	12 € 63

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

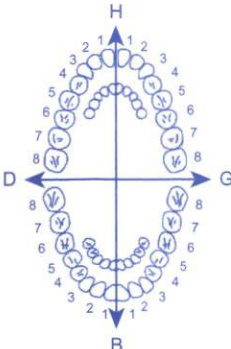
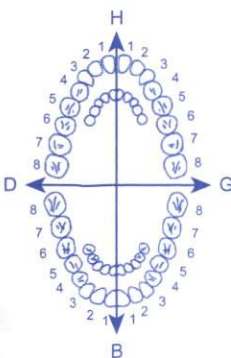
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, 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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</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">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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



PHARMACIE SAJUS
SAJUS MARC
 226 Bd Saint Denis
 92400 COURBEVOIE

N° SIREN : 530521962
 N° TVA intracommunautaire : FR83530521962
 Code NAF : 4773Z

N° téléphone : 01.43.33.52.28
 E mail : 922019732@cl.alliadis.net

ALAOUI MOHAMMED

199 RUE JEAN BAPTISTE CHA
 92400 COURBEVOIE
 FRANCE

Caisse : 01 Opérateur n° 2 CC
 Client : ALAOUI MOHAMMED

Facture n° 181347 du 28/12/2022 - vente n° 122122800043 - FSE n° 380313

Code	Désignation	Qté	P.U.HT	Net HT (arrondi)	Taux TVA	Net TTC
34009 3004076 8	SOLIFENACINE 5MG VIATRIS CPR 30X1	2	7,326	14,65	2,10	14,96
	HONORAIRE DE DISPENSATION	2	0,999	2,00	2,10	2,04
HDA	HONORAIRES LIÉS À L'AGE DU PATIENT	1	1,548	1,55	2,10	1,58
HDR	HONORAIRES MÉDICAMENT REMBOURSABLE	1	0,500	0,50	2,10	0,51

Quantité Produit : 2

Banque: BNP PARIBAS

IBAN: FR76 3000 4014 7400 0100 2486 621

Taux de TVA	Net HT	Montant TVA	Montant TTC
2,10	18,70	0,39	19,09
Totaux	18,70	0,39	19,09

Part principale	6,46	Part assuré	12,63
Part complémentaire			

Net à payer	12,63
--------------------	--------------

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

Réglée partiellement (12.63 € en ESPECES), date d'échéance pour le reste dû : 28/12/2022

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.

SERVICE D'UROLOGIE

ORDONNANCE MEDICAMENT

ALD 30

Hôpitaux
universitaires
Paris-Sud

Antoine-Bécère Bicêtre Paul-Brousse

HOPITAL BICETRE

Faculté de Médecine
Université Paris-Sud 11

78 rue du Général Leclerc
94275 KREMLIN BICETRE Cedex
Standard : 33 (0)1 45 21 21 21
FINISS 940100043



Pôle MFADU

Maladies du Foie, de l'Appareil Digestif et Urinaire

CHEF DE SERVICE

Pr. J. IRANI Secréariat : 01.45.21.36.94
jacques.irani@aphp.fr

ADJOINT

Dr. Y. HAMMOUDI Secréariat : 01.45.21.36.94
yacine.hammodi@aphp.fr

MCU-PH

Dr. T. BESSEDE Secréariat : 01.45.21.36.94
thomas.bessede@aphp.fr

PRATICIENS HOSPITALIERS

Dr. V. IZARD Secréariat : 01.45.21.36.98
vincent.izard@aphp.fr

Dr. B. PARIER

Secréariat : 01.45.21.37.01
basilien.parier@aphp.fr

ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE,

ASSISTANT SPECIALISTE :
Dr S. SEREY-EIFFEL Secréariat : 01.45.21.36.98
sophie.serey-eiffel@aphp.fr

Dr. C. LEGOUX

Secréariat : 01.45.21.37.71
constance.legoux@aphp.fr

Dr. C. VERRIER

Secréariat : 01.45.21.36.98
cecile.verrier@aphp.fr

Fax Secrétariats médicaux
01-45-21-21-70

ATTACHES

Dr B MERLET

Dr L. AOUBID

Dr. O. KERNEIS - Psychiatre

Secréariat : 01.45.21.29.68

CENTRE PREDIR-Oncogénétique

Pr. S. RICHARD Secréariat : 01.45.21.72.01
sophie.devesaux@aphp.fr

Fax - 01.45.21.72.02

ASSITANTE SOCIALE
Flora CRUSOE

DECT 12527

CONSULTATION :

Secteur Paul Broca - RDC

Bureau des rendez-vous :

Tel : 01.45.21.75.75

brv.chir-anesthesie@bct.aphp.fr

Fax : 01.45.21.31.16

CADRE : G. GIRAUDON

01.45.21.24.32

DECT 14210

Identification du prescripteur
(nom, prénom et identifiant)

Docteur THOMAS BESSEDE

N° RPPS



10100171288



IPP : 8001568427 6

ALAOUI

MOHAMMED

Nom de naissance : ALAOUI

Né(e) le : 31/12/1942

Sexe : M

NDA : 1000028243 Entré(e) le : 20/11/201

- ☐ TAMSULOSINE (OMEXEL ou OMIX ou MECIR) 0,4 mg LP : 1 comprimé par jour
- ☐ ALFUZOSINE (XATRAL) 10 mg LP : 1 comprimé par jour, après le repas du soir
- ☐ DOXAZOSINE (ZOXAN) 4 ou 8 mg LP : 1 comprimé par jour
- ☐ SILODOSINE (UROREC ou SILODYX) 8 ou 4 mg : 1 comp. par jour, au cours d'un repas
- ☐ TADENAN (prunier d'Afrique) 50 mg : 1 comprimé matin et soir, avant les repas
- ☐ PERMIXON (serenoa repens) 160 mg : 2 comprimés par jour, au cours de repas
- ☐ DUTASTERIDE (AVODART) 0,5 mg : 1 comprimé par jour
- ☐ FINASTERIDE (CHIBRO-PROSCAR) 5 mg : 1 comprimé par jour
- ☐ COMBODART (0,5 mg dutastérine + 0,4 mg tamsulosine) : 1 comprimé par jour, 30 minutes après le même repas chaque jour
- ☒ SOLIFENACINE (VESICARE) 5 ou 10 mg : 1 comprimé par jour
- ☐ CHLORURE DE TROSPIMUM (CERIS) 20 mg : 1 comprimé 2 fois par jour, à jeun, avant les repas
- ☐ OXYBUTININE (DITROPAN) 2,5 mg : 1 comprimé 3 fois par jour (si besoin augmenter à 5 mg 3 fois par jour)
- ☐ FUMARATE DE FESOTERODINE (TOVIAZ) 4 ou 8 mg : 1 comprimé 1 fois par jour avec une boisson
- ☐ MIRABEGRON (BETMIGA) 25 ou 50 mg : 1 comprimé 1 fois par jour (pendant ou hors repas)
- ☐ TADALAFIL (CIALIS) 5 mg : 1 comprimé par jour
- ☐ TADALAFIL (CIALIS) 20 mg : 1 comprimé à la demande, à prendre 1 à 3 heures avant rapport, environ 2-3 fois par semaine
- ☐ AVANAFIL (SPEDRA) 100 mg : 1 comprimé 15 à 30 minutes avant rapport à la demande, environ 2-3 fois par semaine

QSP 6 mois,
Renouvelable 1 an

Le Kremlin-Bicêtre,
Le 30 mars 2022,

Dr Thomas BESSEDE

MCU-PH

Centre Hospitalier de Bicêtre - Service d'Urologie

Secréariat : 01 45 21 36 94

Fax : 01 45 21 21 70

Adeli : 94 11 6622 5

PHARMACIE SAJUS	Date Fact:	28/12/2022
226 Bd Saint Denis	Vendeur :	CECILE CARLES
92400 COURBEVOIE	Tel :	01.43.33.52.28
Malade: MOHAMMED ALAQUI	N°SS :	142129938041289

N° Facture : 380313 (Facture 1/3 Payant) 1er renouvellement

Qté	DESIGNATION	PRX/U	BR	HD	TX	Ordo
2	SOLIFENACINE 5MG VIATRIS C	7,48	7,48	1,02	30	443995
	3400930040768					

Honor. Dispens.	2,09
-----------------	------

TOTAL : 19,09	TOTAL ASSURE : 12,63
---------------	----------------------

TOTAL AMO (CPAM 92) : 6,46	TOTAL AMC : 0,00
----------------------------	------------------

Solifénacine Mylan

Voie orale

5 mg



Mylan



30 comprimés pelliculés

Solifénacine Mylan

Voie orale

5 mg

 **Mylan**



30 comprimés pelliculés