

# 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.

Maladie  Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1916

Société :

RAM

DX33X

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ZINAOUI

AHMED

Date de naissance :

01 - 01 - 1955

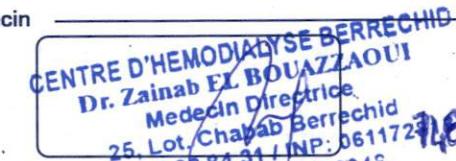
Adresse :

LOT. WAFA N° 149 DEROUA

Tél. : 00212 6 00 36 39 93 Total des frais engagés : 58,95 Euros

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

09/06/2017

Nom et prénom du malade :

ZINAOUI AHMED 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 : MONT RONGE

Le : 19/06/2017

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
01/06/23	25			 <p>Dr. Zainab EL BOUZZAOUI Medecin Directrice 25, Lot. Chabab Berrechid Tél: 05 22 32 84 31 / INP: 061172168 ICE: 00168489900048</p>

### PHARMACIE MUNICIPALE DE LA PORTE D'ORLEANS

#### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur Date

17 JUIN 17/06/23

Montant de la Facture

58.95 €

Tél. : 01 45 42 27 75 - Fax : 01 45 45 57 30  
Pharmaman75@gmail.com

N° 752031765

#### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

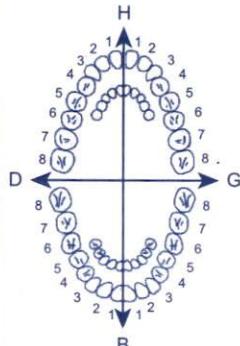
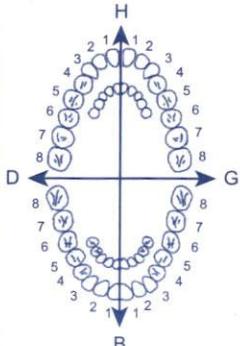
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**ODF PROTHESES DENTAIRES**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**



# مركز تصفيه الدم ببرشيد

## Centre d'hémodialyse Berrechid

Dr. Zainab El BOUAZZOUI

Dr. Mahfoud GOUNAJJAR

Spécialistes en Néphrologie  
Maladies Rénales, Hypertension artérielle,  
Dialyse, Transplantation Rénale

Berrechid, le : .....

الدكتورة زينب البوعزازي

الدكتور محفوظ كونجار

أخصائي أمراض الكلى

تصفية الدم

وارتفاع الضغط الدموي

09/06/2023

ZINAOUİ AHMED

FeBu XOSTAT 80mg.

Ap/1 PHARMACIE PRINCIPALE  
DE LA PORTE D'ORLÉANS  
4, Place du 25 août 1944 - 75014 Paris

17 JUIN 2023

Tél. : 01 45 42 27 75 - Fax : 01 45 45 57 36  
Pharmaman75@gmail.com

CENTRE D'HÉMODIALYSE BERRECHID  
Dr. Zainab EL BOUAZZOUI

Medecin Directrice  
25, Lot. Chabab Berrechid  
Tél: 05 22 32 84 31 / INP: 0611726718  
ICE: 001684899000048

Traitement de

25 تجزئة الشباب - برشيد ( مقابل مرجان ) الهاتف : 05 22 32 84 31 - التفاس : 05 22 50 17

25, Lot Chabab - Berrechid ( en face Marjane ) - Tél.: 05 22 32 84 31 - Fax : 05 22 32 50 17

RC : 10953 - IF : 15204795 - CNSS : 4681856 - TP : 40711209 - INPE : 060062189 - ICE : 001684899000048

E-mail: dialyseberrechid@gmail.com - N°Urgence: 06-13-232-420

PHARMACIE MAMAN  
MAMAN Alain  
75 2 03176 5  
4 Place du 25 Août 1944  
75014 PARIS  
Tel: 0145422775  
Ordonnance: 26/09/22

1 er Renouvellement  
Delivrance: 17/06/23  
Vendeur: SE

Facture n°: 1500926  
Malade: MADDAGUI  
501003 ABDELOUAHAB  
1 01 08 99 352 809 52  
12 Sante  
02220 BAGNEUX

Qte---P.unt-Cip-----Designation-----Base---Hon.---taux---Ordo--  
2 40.00 3664592000106 FREESTYLE LIBRE 2 CAPTEUR 40.00 0.00 100%  
1 34.63 3400930083161 FTASP FLEXTOUCH 100U/ML STY 3ML5 34.63 1.02 100% 001909769  
1 8.00 URGENT HONORAIRE DE NUIT 8.00 0.00 100%  
URGENT HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE 0.51 100%  
HONORAIRE MEDICAMENT SPECIFIQUE 3.57 100%

TOTAL GENERAL: 127.73 TOTAL ASSURE: 0.00  
TOTAL R.O.: 127.73 CPAM 92  
TOTAL R.C.:

COPIE CONFORME A L'ORIGINAL

PHARMACIE PRINCIPALE  
DE LA PORTE D'ORLÉANS  
4, Place du 25 Août 1944 - 75014 Paris

17 JUIN 2023

Tél. : 01 45 42 27 75 - Fax : 01 45 45 57 36  
Pharmaman75@gmail.com  
N° 752031765

58,95 €

17/06/23  
TOTAL R.O.: 58,95 TOTAL ASSURE: 0,00  
COPIE CONFORME A L'ORIGINAL

Qte---P.unt-Cip-----Designation-----Base---Hon.---taux---Ordo--  
6 8,72 3400930167236 FEUXOSTAT 80MG MVLN CPR 28X1 HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE  
HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE 0,51 65%  
TOTAL R.O.: 58,95 TOTAL ASSURE: 0,00  
TOTAL R.C.:

5014 PARIS  
4 Place du 25 Août 1944  
MAMAN Alain  
75 2 03176 5  
Facture n°: 1500928  
Malade: ZINAOUI  
634405 Ahmed  
Vendeur: 17/06/23  
Ordonnance: 17/06/23  
Tel: 0145422775  
4 Place du 25 Août 1944  
MAMAN Alain  
75 2 03176 5  
Facture n°: 1500926  
Malade: MADDAGUI  
501003 ABDELOUAHAB  
1 01 08 99 352 809 52  
12 Sante  
02220 BAGNEUX



**PHARMACIE MAMAN**  
**MAMAN Alain**  
**4 Place du 25 Août 1944**  
**75014 PARIS**

Identifiant : 75 2 03176 5

Tél. : 0145422775

Email : pharmaman75@gmail.com

**ZINAOUI Ahmed**

Banque : BNP PARIBAS

**Justificatif de vente n° 1795484 du 17 juin 2023**

Code	Désignation	% TVA	Px Unit. TTC €	Qté	Montant TTC €
3400930167236	FEBUXOSTAT 80MG MYLAN CPR 28X1	2,10	8,72	6	52,32
	HONORAIRE DE DISPENSATION	2,10	1,02	6	6,12
HDR	HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE	2,10	0,51	1	0,51

Taux %	Net HT €	TVA €	TTC €
2,10	57,74	1,21	58,95
Total	57,74	1,21	58,95

Part Principale €		Part Assuré €	58,95
Part Complémentaire €			

Net à payer **58,95 euros**

joindre la prescription  
sauf si renouvellementREUVE DE SOINS  
pharmacien ou fournisseur

numéro de facture (facultatif)

0 0 1 5 0 0 9 2 8

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale  
Art. L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

date 1 7 0 6 2 0 2 3

## PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT les SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur)

nom et prénom ZINAOUI Ahmed (634405)

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

numéro d'immatriculation

0 1 9 2 1 0 0 0 0

date de naissance 0 1 0 1 1 9 5 5

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

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

vd : SE

## ADRESSE de L'ASSURE(E)

## IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

MAMAN Alain

N° RPPS

## PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

PHARMACIE MAMAN

4 Place du 25 Août 1944

75014 PARIS

Tél. : 0145422775

75 2 03176 5

Agr. petit ap. : 75 PA 85 6697

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé

## IDENTIFICATION du PRESCRIPEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom

ETRAGER

raison sociale

identifiant

n° de la structure  
(AM, FINESS ou SIRET)

## CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

1 1 7 0 6 2 0 2 3

date de l'accord préalable (le cas échéant)

 MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante) SOINS dispensés au titre de l'art. L. 115  
(cf. la notice au verso : § précédé de "\*" et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

la prescription s'inscrit dans le parcours de soins : oui  non 

AT/MP

numéro

ou

date

## PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

Code acte	CIP/Ref LPP	Homéo code Tabo	Top décondi-tion.	Qté délivrée ou util.	PU	Mt facturé	Libellé	Nbre btes util.	Mode presc	Indic. substi	Date début location	Date fin location
PH7	3400930167236			6	8.72	52.32	FEBUXOSTAT 80MG MYLAN CPR 28X1					
HD7				6	1.02	6.12	HONORAIRE DE DISPENSATION					
HDR				1	0.51	0.51	HONORAIRE MEDIC. REMBOURSABLE					

## PAIEMENT

Part KO : 0.00 0

MONTANT TOTAL  
en euros

5 8 9 5

Part Ass. : 58.95

Nb vign. : 6

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

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

signature du pharmacien  
ou du fournisseur

MAMAN Alain

signature de  
l'assuré(e)impossibilité  
de signer

CARTE BANCAIRE

A0000000421010

CB INVENTIVE

le 17/06/23 a 21:10:07

PHARMACIE

75014

PARIS

2931423

49489619400011

30002

\*\*\*\*\*6577

983E9486A6CCC9A7

902 001 063549

C @

No AUTO : 155622

MONTANT= 58,95 EUR

DEBIT

TICKET CLIENT

A CONSERVER