

## 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 - 5ème 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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0050946

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1916 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ZINAOU 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

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/06/2023  
 Nom et prénom du malade : ZINAOU AHMED Age : 68  
 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 : MONTROUGE Le : 19/06/2023  
 Signature de l'adhérent(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
03/04/23				CENTRE D'HEMODIALYSE BERRECHID Dr. Zainab EL BOUZZAOUI Médecin Directrice 25, Lot. Chabab Beyrechid Tél: 05 22 32 84 31 / INP: 061172718 ICE: 00168489900048

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

17 JUIN 17/06/23

58.95 €

Tél.: 01 45 42 27 75 - Fax: 01 45 45 57 36

Pharmaman75@gmail.com

N° 752031765

# 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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

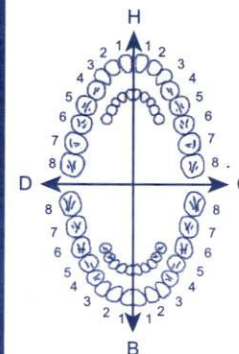
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement 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

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

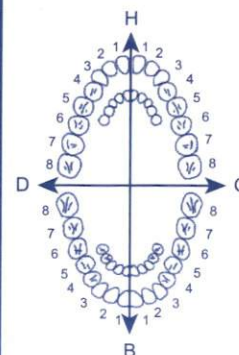
MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

(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 تصفية الدم برشيد

## Centre d'hémodialyse Berrechid

Dr. Zainab EL BOUAZZAOU

Dr. Mahfoud GOUNAJJAR

Spécialistes en Néphrologie

Maladies Rénales, Hypertension artérielle,

Dialyse, Transplantation Rénale

الدكتورة زينب البوعزاوي

الدكتور محفوظ غونجار

أخصائي أمراض الكلى

تصفية الدم

وارتفاع الضغط الدموي

Berrechid, le :

09/06/2023

ZINAoui AHMED

FERUXOSTAT 80mg

Ap/j

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 BOUAZZAOU

Médecin Directrice

25, Lot. Chabab Berrechid

Tél: 05 22 32 84 31 / INP: 061172612

ICE: 001684899000048

25 تجزئة الشباب - برشيد (مقابل مرجان) الهاتف : 05 22 32 84 31 - الفاكس : 05 22 32 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<sup>er</sup> Renouvellement

Delivrance: 17/06/23

Vendeur: SE

Facture no : 1500926

Malade : HADDAOUI

501003 - ABDELLOUAMAB

1 01 08 99 352 809 52

12 Sante

92220 BAGNEUX

Medecin: HOP BICHAT

750100232

Qte	P.unit	Cip	Designation	Base	Hon.	taux	Ordo
2	40.00	3664592000106	FREESTYLE LIBRE 2 CAPTEUR	40.00	0.00	100%	
1	34.63	3400930083161	FIASP FLEXTOUCH 100U/ML STY 3ML5	34.63	1.02	100%	001909769
1	8.00		URG. HONORAIRE DE NUIT	8.00	0.00	100%	
			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 €

COPIE CONFORME A L'ORIGINAL

17/06/23

TOTAL GENERAL: 58,95

TOTAL R.O.: 0.00

TOTAL R.C.: 58,95

Qte---P.unit---Cip---Designation---Base---Hon.---taux---Ordo---  
6 8,72 3400930167236 FEBUXOSTAT 80MG MYLAN CPR 28X1  
HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE  
8,72 1,02 65% 001909771  
0,51 65%

Medecin: ETRAGER

Vendeur: SE

Delivrance: 17/06/23

Ordonnance: 17/06/23

Tel: 0145422775

75014 PARIS

4 Place du 25 Août 1944

75 2 03176 5

MAMAN Alain

PHARMACIE MAMAN

Facture no : 1500926  
Malade : ZINAOU  
634405 Ahmed



**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

## 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

ZINAOU 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

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

date de naissance

0 1 0 1 1 9 5 5

## 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

PHARMACIE MAMAN

4 Place du 25 Août 1944

75014 PARIS

Tél. : 0145422775

75 2 03176 5

Agr. petit ap. : 75 PA 85 6697

## IDENTIFICATION de la STRUCTURE

## PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé

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

nom et prénom

ETRAGER

identifiant

raison sociale

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 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 "X"  
et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non

☒

oui

date

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 Labo	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

art. R. 161-40

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**

**A00000000421010**

**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**