

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

- Reclamation : 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

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6071 Société : ND SA NY

Actif Pensionné(e) Autre : 1

Nom & Prénom : ALAOUI Nohamed NE

Date de naissance : 21/08/1981

Adresse : BOURKOURA GOLF city ville Vert n° 81

CH 84

Tél. : 0608016655 Total des frais engagés : 100000 Dis

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 1/10/2023

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 : Le : 23/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : HL

AMOXICILLINE		AMOXICILLINE		ES FRAIS ET HONORAIRES	
Date	Acte	Date	Acte	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
6 COMPRISES CONSOMMABLES	14 COMPRISES CONSOMMABLES				
19	19				
BGR®	BGR®				
ION DES ORDONNANCES					
Date	Montant de la Facture				
23/10/23	5,60€				
23/10/23	2,25€				
23/10/23	6,28€				
PHARMACIE DE la Rue Denis PAPIN 92600 921217					
23 OCT. 2023					
Tél. : 01 43 33 52 28					
N° 92 2 019 732					

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					<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="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30px; text-align: right;">H</td> <td style="width: 30px; text-align: right;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
	H	G													
	25533412	21433552													
	00000000	00000000													
	00000000	00000000													
	35533411	11433553													
						<input type="text"/>									
						<input type="text"/>									
						<input type="text"/>									
					<input type="text"/>										
					<input type="text"/>										
					<input type="text"/>										
					<input type="text"/>										
					<input type="text"/>										
COEFFICIENT DES TRAVAUX					<input type="text"/>										
MONTANTS DES SOINS					<input type="text"/>										
DATE DU DEVIS					<input type="text"/>										
DATE DE L'EXECUTION					<input type="text"/>										

Ordonnance bizone

Articles L.322-3, 3° et 4°, L. 324-1 et R. 161-45 du Code de la sécurité sociale

Identification du prescripteur
(nom, prénom et identifiant)

Docteur Mariana PREDA

N° RPPS

10101161411

BCT CS PNEUMOLOGIE

Identification de la structure
(raison sociale du cabinet, de l'établissement et N°AM, FINESS ou SIRET)

BCT CS PNEUMOLOGIE X172

N° FINESS



940100043

INS/NIR : 142129938041289



INS non signé

Identification du patient
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)) (à compléter par le prescripteur)

Monsieur ALAOUI Mohammed

N° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e))

1 4 2 0 1 9 9 3 8 1 2 4 4 5 1

Ordonnance du 20/10/2023 à 13:05

Né le 31/12/1942

Agé de 80 ans

Poids : 65 kg, Taille : 165 cm

**Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONERANTE)**

Augmentin 1 g 1 cp toutes les 8 heures

QSP 7 jours

**Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)**

Ordonnance validée électroniquement par Docteur Mariana PREDA

PHARMACIE SAJUS

23 OCT. 2023

Tél. : 01 43 33 52 28
N° 92 2 019 732

HOPITAL BICETRE
 Service de pneumologie - Hôpital de jour
 Dr PREDA Mariana
 78, rue du général Leclerc
 94275 LE KREMLIN BICETRE Cedex
 Secrétariat 01 45 21 79 29
 RPPS 10101161411

PHARMACIE SAJUS
226 Bd Saint Denis
92400 COURBEVOIE
Malade: MOHAMMED ALAOUI

Date Fact: 23/10/2023
Vendeur : DARDAYE
Tel : 01.43.33.52.28
N°SS : 142129938041289

N° Facture : 396772 (Facture 1/3 Payant)

Qté DESIGNATION PRX/U BR HD TX Ordo

1 AMOXICILLINE 1G BGR CPR DI 4,51 4,51 1,02 65 482090
3400930008843

1 AMOXICILLINE 1G BGR CPR DI 2,18 2,18 1,02 65 482091
3400930008829

Honor. Dispens. 5,66

TOTAL : 14,39 TOTAL ASSURE : 5,04

TOTAL AMO (CPAM 92) : 9,35 TOTAL AMC : 0,00

FACTURE Différence LPP N° 230041207

destinée à la mutuelle pour la prise en charge éventuelle de la différence LPP de 0,00 EUR
réglée par le client pour les produits ci-après :

en EUR Renouvellement 1

N INSEE : 1 42 12 99 380 412 89

PHARMACIE DE LA GARE

Assuré : ALAOUI MOHAMMED

Mr Antoine SALOMON

Adresse : 199 AVE JB CHARCOT 92400 COURBEVOIE

2 RUE DENIS PAPIN

Bénéf : ALAOUI MOHAMMED

92600 ASNIERES SUR SEINE

Date Nais : 31/12/1942 Date Facture : 23/10/2023

922021217 OP : 7 23/10/2023 17:48

Date Ordonnance : 30/03/2023

Médecin : BESSEDE THOMAS N : 940100043

	PH4	PH7	PH1	LPP	NR	PH2	TVA%
1 x 6,91 PH4	6,91					3400930148815 SOLIFENACINE 5MG SANDOZ CPR 30	2,1
1 x 1,02 HD4	1,02					HONORAIRE DE DISPENSATION	2,1
1 x 0,51 HDR			0,51			HONORAIRE DE MEDICAM. REMB.	2,1
1 x 1,58 HDA			1,58			HONORAIRE LIE A L'AGE	2,1

Totaux en EUR : 7,93 0,00 2,09 0,00 0,00 0,00

Nbre Pdts : 3

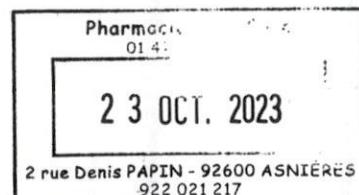
Total Ordonnance : 10,02

Part Mutuelle : 0,00

Part Caisse (RO) : 3,74

Part Assuré (TM) : 6,28

CPAM 92 CENTRE N°8494 01 921 8494





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.alliadi.net

ALAoui MOHAMMED

199 RUE JEAN BAPTISTE CHA
 92400 COURBEVOIE
 FRANCE

Caisse : 01 Opérateur n° 5 5
 Client : ALAOUI MOHAMMED

Facture n° 210505 du 23/10/2023 - vente n° 123102300052

Code	Désignation	Qté	P.U.HT	Net HT (arrondi)	Taux TVA	Net TTC
34009 3006660 7	MODOPAR 250MG FL GELULE 60	1	8,795	8,80	2,10	8,98
	HONORAIRE DE DISPENSATION	1	0,999	1,00	2,10	1,02
34009 3974978 5	SIFROL LP 1,05MG CPR 30	1	14,985	14,99	2,10	15,30
	HONORAIRE DE DISPENSATION	1	0,999	1,00	2,10	1,02
34009 3553395 1	INEXIUM 40MG CPR 28	1	6,121	6,12	2,10	6,25
	HONORAIRE DE DISPENSATION	1	0,999	1,00	2,10	1,02
34009 3699532 1	SERTRALINE 50MG VIATRIS GELULE 28	1	4,016	4,02	2,10	4,10
	HONORAIRE DE DISPENSATION	1	0,999	1,00	2,10	1,02
34009 3765890 4	GLIMEPIRIDE 2MG VIATRIS CPR 30	1	3,859	3,86	2,10	3,94
	HONORAIRE DE DISPENSATION	1	0,999	1,00	2,10	1,02
34009 3931549 2	BIPRETERAX 10MG/2,5MG CPR 30	1	5,847	5,85	2,10	5,97
	HONORAIRE DE DISPENSATION	1	0,999	1,00	2,10	1,02