

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.

Médecine 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.

Éducation :

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.

Dentie 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

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

Déclaration de Maladie : N° P19-0002075

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **7288** Société : **RAA**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **EL HADID NAWAL** Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0661172534** 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 :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-0002075

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : **7288**
Nom de l'adhérent(e) : **EL HADID**
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'OD.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVOIR

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXERCICE

joindre la prescription
sauf si renouvellement**feuille de soins
pharmacien ou fournisseur**

numéro de facture (facultatif)

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale
Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

date 31/6/19

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

OEC HAID

Nounfi

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

numéro d'immatriculation

date de naissance

J J M M A A A A

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

ADRESSE de L'ASSURE(E)**IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR****IDENTIFICATION de la STRUCTURE****ARTELLE**5 rue du Dôme
75116 PARIS
01 53 65 53 58
75 2 62157 3**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

D. ALZE

raison sociale

identifiant

751 93947

n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET)**CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS**

date de la prescription médicale

date de l'accord préalable (le cas échéant)

X MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1
(cf. la notice au verso : § précédé de ***
et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non

oui

date

J J M M A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée

Thé cure formel
do. NureAttelle de repos main poignet sur mesure
Code LPP : 2192630

Tarif Responsabilité : 94,40 € / Prix Public : _____



135 e

dans l'ordre de la prescription

PAIEMENTMONTANT TOTAL
en euros

135,00 C

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 fournisseursignature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale).

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle.

En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

feuille de soins - médecin

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale
Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

numéro de facture (facultatif)

date 03 06 2019

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT LES SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom EL HAID Moonji

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

numéro d'immatriculation

date de naissance

J J M M A A A A

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

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

ADRESSE DE L'ASSURE(E)

IDENTIFICATION DU MEDECIN

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

DOCTEUR KATJA MALZE

04 CHIRURGIE GENERALE

CONVENTIONNE HONO. LIBRES

5 RUE DU DOME

75116 PARIS

Tél 0153655353

=> 75 1 93947 1 00 3 31 0 04 n°AM

MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

 MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1
(cf. la notice au verso : § précédé de "*" et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers :

non

oui

date

J J M M A A A A

MATERNITE

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

J J M M A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous

nom et prénom du médecin :

(s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)

accès direct spécifique

urgence

hors résidence habituelle

L

médecin traitant remplacé

accès hors coordination

ACTES EFFECTUÉS

(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : J J M M A A A A)

dates des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P..) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	1	dépass.	frais de déplacement
						2	3	L.K. M.D. nbre montant
03062019	APC				8000	L		
J J M M A A A A								
J J M M A A A A								
J J M M A A A A								

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)

8000

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

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

signature du médecin
ayant effectué
l'acte ou les actessignature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale).

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.



Institut Français de Chirurgie de la Main

01 53 65 53 53

www.institut-main.fr

Chirurgie de l'épaule, du coude et du poignet - Chirurgie du rhumatisme - Microchirurgie
Chirurgie des nerfs - Médecine du sport - Urgences (adultes / enfants)

Docteur Katja MALZE

Chirurgie de la main, Microchirurgie

Ancien interne des hôpitaux de Munich

Ancien Chef de Clinique, Assistant des hôpitaux de Munich

Membre de la Deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft

für Handchirurgie (DAH)

Membre de la Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie (DGH)

Paris, le Lundi 3 Juin 2019

Monsieur Mounji EL HAID

Voltarène 75mg

1cp matin et midi à prendre au milieu du repas

Oméprazol 20mg

1cp le soir au coucher

Traitements pour 15 jours

Docteur Katja MALZE

DR KATJA MALZE

04 CHIRURGIEN Conventionné DP

5 RUE DU DOME - 75116 PARIS

TEL : 01 53 65 53 53

75 1 93947 10 3 310

N° RPPS



1 0005 186 274

N° AM



75 1 93947 10 3 310

Constantin SOKOLOW Stéphane ROMANO Patrick HOUVET Charles SCHLUR Frédérique MAZODIER
Victor KATZ Aurore DEBET-MEJEAN Katja MALZE Marc JUVENSPAN

03/06/2019, ord. 03/06/2019,

EL HAID MOUNJI

Total: 11,32EUR

1x6,20EUR / 7 34009 3359204 2 VULTARENÉ LP 75MG CPR BT30 (78763)

1x3,82EUR / 7 34009 3628466 1 OMOPRAZOLE 80A 20MG GELU FL14 (78264)

PHARMACIE DU DOME

TEL : 01.47.27.14.86

752036540 - UP : 1

Page : 1			
Facture			
Numéro de facture	Date	Code client	
19000/111	03/06/2019		
/			

/52032340
 PHARMACIE DU DOME
 A et C. BLAIZOT
 33, Rue Lauriston
 75116 PARIS
 FRANCE
 tél : 01.47.27.14.86
 Fax : 01.55.73.04.43
 E-Mail :

EL HAD MOUNJI
 19 RUE BRIDEL
 75017 PARIS 17

SIRET : APE :
 TVA Intracommunautaire : Mode de règlement : Carte Bancaire
 Echéance : 01/07/2019

Code Réf	Désignation	Qté	Ht U Brut	%Rem	Ht U Net	Mt Ht Net	%TVA
34009 3359204 21VOLTAREN LP 75MG CPR BT30		1	8,03131	0,001	8,03131	8,031	2,11
34009 3628466 11OMEPRAZOLE BGA 20MG GELU FL14		1	3,25171	0,001	3,25171	3,251	2,11

Quantité totale des produits : 2

Taux TVA	Ht Brut	%Rem	Remise	Ht Net	TVA	Total Net Ht	TVA EUR	Montant TTC	TTC EUR
2,1%	11,28	0,00%	0,00	11,28	0,24	11,28	0,24	11,52	11,52 EUR
Totaux	11,28	0,00%	0,00	11,28	0,24				

Pharmacie acceptant le règlement des sommes dues par chèque, libellé à son nom en sa qualité de membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale.
 En cas de non paiement à la date d'échéance indiquée, l'acheteur sera de plein droit redevable de l'application d'un intérêt de retard calculé sur l'intégralité des sommes restant dues, intérêt d'un montant égal à deux fois le taux d'intérêt légal, montant auquel viendra s'ajouter une indemnité forfaitaire de recouvrement de 40 euros.



Institut Français de Chirurgie de la Main

01 53 65 53 53

www.institut-main.fr

Chirurgie de l'épaule, du coude et du poignet - Chirurgie du rhumatisme - Microchirurgie
Chirurgie des nerfs - Médecine du sport - Urgences (adultes / enfants)

Docteur Katja MALZE

Chirurgie de la main, Microchirurgie

Ancien interne des hôpitaux de Munich

Ancien Chef de Clinique, Assistant des hôpitaux de Munich

Membre de la Deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft

für Handchirurgie (DAH)

Membre de la Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie (DGH)

Paris, le Lundi 3 Juin 2019

Monsieur Mounji EL HAID

Faire confectionner une ATTELLE
Poignet droit sans le pouce

Sur mesure
En thermoformée

Acte Urgent

Docteur Katja MALZE

DR KATJA MALZE

04 CHIRURGIEN Conventionné DP

5 RUE DU DOME - 75116 PARIS

TEL : 01 53 65 53 53

75 1 93947 10 3 310

N° RPPS



1 0005 186 274

N° AM



75 1 93947 1

Constantin SOKOLOW Stéphane ROMANO Patrick HOUVET Charles SCHLUR Frédérique MAZODIER
Victor KATZ Aurore DEBET-MEJEAN Katja MALZE Marc JUVENSPAN

5, RUE DU DOME - 75116 PARIS TEL : 01.53.65.53.53 - FAX : 01.53.65.53.54 -

Email : kmalze@ifcm.org