

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

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



EURO

Déclaration de Maladie : N° P19-0002075

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7288 Société : RA
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL HAID NOUNI 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 : Le :
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

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 HAID NOUNI
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

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

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	

VOLET ADHERENT

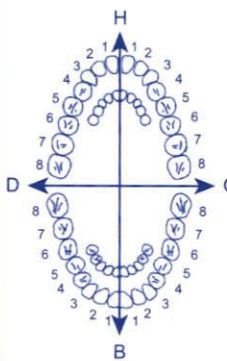
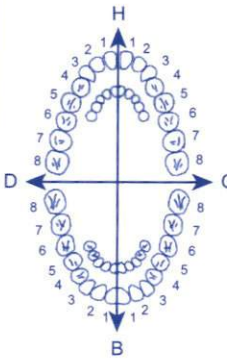
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> 00000000 35533411 </div> <div> 00000000 11433553 </div> </div> B			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
			DATE DE L'EXECUTION		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

feuille de soins
pharmacien ou fournisseurArt. 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 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

(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

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)

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

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

ARTELLE
5 rue du Dôme
75116 PARIS
01 53 65 53 58
75 2 62157 3dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom

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

J J M M A A A A

date de l'accord préalable (le cas échéant)

J J M M A A A A

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

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

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

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée

Atelle de repos main poignet sur mesure

Code LPP : 2192630

Tarif Responsabilité : 94,40 € / Prix Public :



2192630

135 €

dans l'ordre de la prescription

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros

135,00 €

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

N° 12541 *02

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 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 Mounji
(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

médecin traitant remplacé

accès hors coordination

ACTES EFFECTUES

(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		
							I.D. ② M.D.	nbre	I.K. montant ③
03 06 2019	APC				8 0 0 0	X			
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)

8 0 0 0

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



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

Traitement pour 15 jours

Docteur Katja MALZE

DR KATJA MALZE

04 CHIRURGIEN Conventionné DP

5 RUE DU DÔME - 75116 PARIS

TEL : 01 53 65 53 53

751 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

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

EL HAID MOUNJI

Total: 11,32EUR

1x8,20EUR / 34009 3359204 2 VOLTARENE LP 75MG CIP B130 (78263)

1x3,32EUR / 34009 3628466 1 OMEPRAZOLE BBA 20MG GELU FL14 (78264)

PHARMACIE DU DOME

TEL : 01.47.27.14.86

752032540 UP : 1

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

/52032540
 PHARMACIE DU DOME
 A et C. BLAZIOT
 33, Rue Lauriston
 75116 PARIS
 FRANCE
 Tél : 01.47.27.14.86
 Fax : 01.55.73.04.43
 E-Mail :

EL HAID MOUNJI
 19 RUE BRIDEL
 75017 PARIS 17

SIRET : APE :
 TVA Intracommunautaire :

Mode de règlement : Carte Bancaire
 Echéance : 01/07/2019

CodeRéf	Désignation	Qté	HT U Brut	%Rem	HT U Net	HT HT Net	%TVA
34009 3359204	21VOLTARENE LP 75MG CPR BT30	1	8,03131	0,001	8,03131	8,031	2,11
34009 3628486	110MEPRAZOLE BSA 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
2,1%	11,28	0,00%	0,00	11,28	0,24
					Total Net HT
					11,28 EUR
					TVA
					0,24 EUR
					Montant TTC
					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 DÔME - 75116 PARIS

TEL : 01 53 65 53 53

751 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 DÔME - 75116 PARIS TEL : 01.53.65.53.53 - FAX : 01.53.65.53.54 -

Email : kmalze@ifcm.org