

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Maladie chronique :

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 - 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° P19-0035266

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05918 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FARISS MOHAMED

Date de naissance : 12.07.61

Adresse : 239 Rue TAZARINE CASA

Tél. : 06 06 51 12 12 Total des frais engagés : 89,51 € + 150 € + 1027 € = 1266,51 €

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23 / 11 / 19

Nom et prénom du malade : Hame ALCHA LOT FI Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

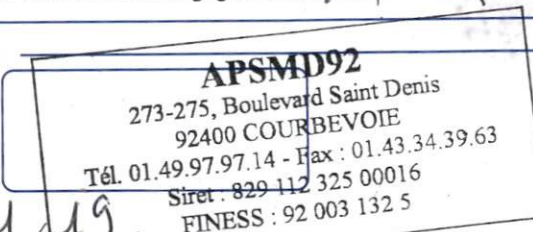
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : PARIS

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL 23 / 11 / 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 montant des Actes
23/11	ATM + CS		89,57 €	<p>273-275, Boulevard Saint Denis 92400 COURBEVOIE Tel. 01.49.97.97.14 - Fax : 01.43.34.39.63 Siret : 829 112 305 00016 FINESS : 92 808 132 5</p>

Cachet et signature du Médecin
attestant l'émission des Actes
-275, Boulevard Saint Denis
92400 COURBEVOIE
01.47.97.14 - Fax : 01.43.34.39.63
Siret : 829 112 325 00016
FINESS : 92 603 132 5

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ALAIN AFFLELOU SARL ASNIERES VISION 5 rue Pierre Brosolette 92600 Asnières sur Seine	16/12 16/12	150 € 10,27 €
Tél : 0147998260 Fax : 01411110890 Siret : 529 556 542 00015		PHARMACIE SANTE & REUSSITE N° d'Identification: 922017751 52, rue Pierre Brosolette 92600 Asnières

PHARMACIE SANTE & REUSSITE
N° d'Identification: 922017751
52, rue Pierre Brossolette.....
92600 Asnières
Tél./Fax: 01 47 93 02 26

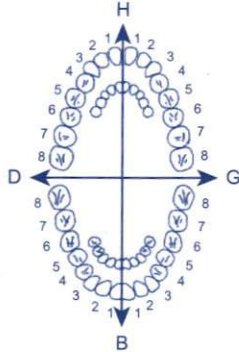
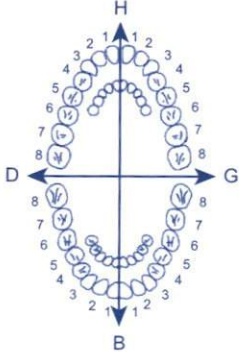
[illegible][illegible]

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<div style="text-align: center;"> H <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">25533412</td> <td style="padding: 2px 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">D</td> <td style="padding: 2px 10px;">G</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">35533411</td> <td style="padding: 2px 10px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">B</td> <td></td> </tr> </table> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div>
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	[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

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"/>

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT



APSMD92

COURBEVOIE, le samedi 23 novembre 2019

Monsieur LOTFI Aicha

VISMED Multi

1 APPLICATION, 3 a 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 an

PHARMACIE SANTE & REUSSITE
N° d'Identification: 922017751
52, rue Pierre Brossolette
92600 Asnières
Tél./Fax: 01 47 93 02 26

Docteur Nada RIMBERT

RPPS : 1000080363

APSMD92

273-275, boulevard Saint-Denis – 92400 Courbevoie

Siret : 829 112 325 00016 – FINESS : 92 003 132 5

Tél. 01.49.97.97.14 – fax : 01 43.34 39 63 – contact@apsmd92.fr

Date d'ouverture :

___/___/___

A utiliser dans les
3 mois après ouverture



Lubrifiant oculaire
10 ml

Hyaluronate de sodium 0,18 %

Reconditionné et distribué par:
Mediwin Limited
13 Martello Enterprise Centre
Littlehampton BN17 7PA, Royaume-Uni



Code ACL : 34010 474 866 9 2

Lubrifiant oculaire
Hyaluronate de sodium 0,18 %

Flacon multidose
sans agent conservateur
de 10 ml



1132471

VISMED Multi Solution
Flacon de 10 ml
34010 474 866 9 2

VISMED®
MULTI

Vismed® est un nom de marque
enregistré par TRB Chemedica SA

CE
0123



STERILE A



TRB CHEMEDICA AG
Otto-Lilienthal-Ring 26
85622 Feldkirchen/Munich
Allemagne

CTN-VII-FR4748669-D-DE



LOT MG0031

03/2022



APSMD92

Monsieur Aicha LOTFI
COURBEVOIE, le samedi 23 novembre 2019

Verres et monture :

Progressifs Photochromiques

Œil droit : (65° -0.50) +2.25, Addition +2.00

Œil gauche : (75° -0.25) +2.25, Addition +2.00



Nada RIMBERT

RPPS : 1000080363

APSMD92

273-275, boulevard Saint-Denis – 92400 Courbevoie

Siret : 829 112 325 00016 – FINESS : 92 003 132 5

Tél. 01.49.97.97.14 – fax : 01 43.34 39 63 – contact@apsmd92.fr

ALAIN AFFLELOU

5 Rue Pierre Brossolette 92600 ASNIERES
 Tel: 01 47 99 82 60 Fax: 01 41 11 08 90
 Agrément SS: 922615513 Num ID: 922615513
 Siret : 52958864200015

Nom de l'assuré : M.
 Date Naiss. : 01/01/1970
 Caisse : -
 N° Sécu Sociale :
 Presc Opt/Adeli : Éts APSMD92/920031325
 Ordonnance : 23/11/2019

Mme. LOFTI AICHA
 4 RUE GEORGES JANIN
 92600 ASNIERES SUR SEINE

ASNIERES, le lundi 16 décembre 2019

Facture N°F910029075 du 16/12/2019 - Établie par Ali I

Code Produit	Désignation	Prix Unit. TTC (€)	Qté	Montant TTC (€)	Rbst SS 60	Rbst. Compl.
1e paire - V(L+P)						
FHS102	CVE Shamir - First Short HD 1.5 HMC - 65/70 Œil Droit : +1.75 (+0.50) 155° Add. +2.00 inclus : HMC TIPS : 10.37 € CODE LPP : 2227038	75,00	1	75,00	6,22	0,00
FHS102	CVE Shamir - First Short HD 1.5 HMC - 65/70 Œil Gauche : +2.00 (+0.25) 165° Add. +2.00 inclus : HMC TIPS : 10.37 € CODE LPP : 2227038	75,00	1	75,00	6,22	0,00
1e paire				150,00	12,44	0,00

TVA 20.00 : 25,00 €

Total HT (€) : 125,00
 Total TTC (€) : 150,00
 Net à payer (€) : **150,00**

Règlement	
espèce	100,00

ALAIN AFFLELOU
 SARL ASNIERES VISION
 5 rue Pierre Brossolette
 92600 Asnières sur Seine
 Tél : 0147998260 Fax : 0141110890
 Siret : 529 588 642 00015

Votre opticien
 ALAIN AFFLELOU
 est certifié



www.alinafflelou.fr - www.affleloustore.com

Conformément à l'article 27 de la Loi du 06/01/1978 "Loi informatique et libertés",
 vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification
 et de suppression de vos données personnelles qui peut être exercé à l'adresse ci-
 dessous:
 ASNIERES VISION - au capital de euros - R.C.S.

FACTURE

Fact / FSE 22 955 / 0

du: 23/11/2019

Praticien **ALAFALEQ Munirah**
15 Ophtalmologue

Page 1 of 1

Patient : LOTFI Aicha (N°: 16463)

Né(e) le : 01/01/1967

Lien :

N° SS :

Risque :

Assuré : LOTFI Aicha (N°: 16463)

Adresse :

Date Soins	Cotation	Quantité	TRSS	E.D.	Montant
23/11/2019	Fluoroscopie ATM	1.00	27.54	0.00	27.54
22/11/2019	Consultation ophtalmol CS	1.00	23.00	0.00	23.00
22/11/2019	Consultation ophtalmol MPC	1.00	2.00	0.00	2.00
23/11/2019	Pachymétrie et Motricit ATM	1.00	26.24	0.00	26.24
23/11/2019	Pachymétrie et Motricit ATM	1.00	10.79	0.00	10.79
					89,57 €

Acquittée



Montant des avances consenties	A la charge de l'assuré			
	89.57 €			
	<u>Espèces</u>	<u>Chèque</u>	<u>C.B.</u>	<u>Autre</u>
	0.00 €	89.57 €	0.00 €	0.00 €
Total :	0.00 €	Reste dû le 23/11/2019		0.00