

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Education :

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](http://www.mupras.com)

N° P19-0035266

MD-21949

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

### 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 : 89,57 F + 150 F + 102,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**APSMD92**  
273-275, Boulevard Saint Denis  
92400 COURBEVOIE  
Tél. 01.49.97.97.14 - Fax : 01.43.34.39.63  
Siret : 829 112 325 00016  
FINESS : 92 003 132 5

Date de consultation : 23.01.19

Nom et prénom du malade : Hme AICHA 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) :

**MUPRAS**

20 FEV 2020

ACCUEIL

23.11.12.19

## RELEVE 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
23/11/2014	ATM+CS		89,57 €	<p>273-275, Boulevard Saint Denis 92400 COURBEVOIE Tél. 01.49.97.97.14 - Fax : 01.43.34.39.63 Siret : 829 112 325 00016 FINESS : 92 003 132 5</p> <p>APSMHD92</p>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ALAIN APFELLOU	16/11/2	150 €
SARLASNIERES VISION	16/11/2	10,27 €
5 rue Pierre Brossolette		
92600 Asnières sur Seine		
Tél : 0147998260 Fax : 0141110800		
Siret : 529 538 642 00015		
		PHARMACIE SANTE & REUSSITE
		N° d'Identification: 922017751
		52, rue Pierre Brossolette

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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.

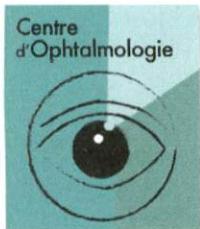
### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$  \begin{array}{c c}  H & 25533414 \quad 21433552 \\  \hline  D & 00000000 \quad 00000000 \\  & 00000000 \quad 00000000 \\  B & 35533411 \quad 11433553  \end{array}  $			Coefficient des travaux
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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

Docteur Nada RIMBERT  
RPPS : 1000080363



Date d'ouverture :

\_\_ / \_\_ / \_\_

A utiliser dans les  
3 mois après ouverture



Lubrifiant oculaire

10 ml

VISMED®  
MULTI

Hyaluronate de sodium 0,18 %

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

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



Code ACL : 34010 474 866 92

Lubrifiant oculaire  
Hyaluronate de sodium 0,18 %

Flacon multidose  
sans agent conservateur  
de 10 ml

CE  
0123



STERILE A



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

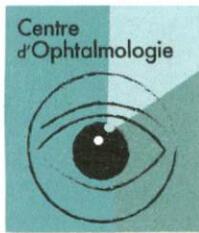


LOT MG0031

03/2022

CTN-VII-FR4748669-D-DE





# APSMD92

*Monsieur Aicha LOTFI  
COURBEVOIE, le samedi 23 novembre 2019*

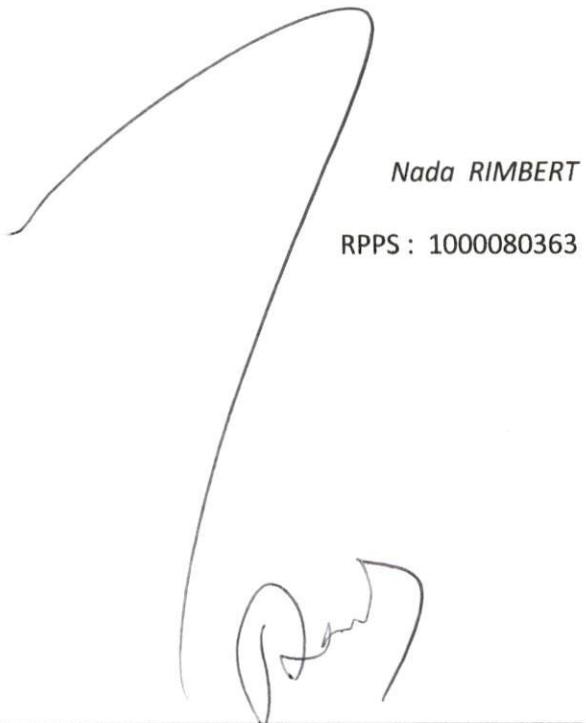
Verres et monture :

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](mailto:contact@apsmd92.fr)

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.
	<b>1e paire - V(L+P)</b>					
FHS102	<b>CVE Shamir - First Short HD 1.5 HMC - 65/70</b> <i>Œil Droit : +1.75 (+0.50) 155° Add. +2.00 inclus : HMC</i>	75,00	1	75,00	6,22	0,00
FHS102	<b>TIPS : 10.37 € CODE LPP : 2227038</b> <b>CVE Shamir - First Short HD 1.5 HMC - 65/70</b> <i>Œil Gauche : +2.00 (+0.25) 165° Add. +2.00 inclus : HMC</i>	75,00	1	75,00	6,22	0,00
				<b>1e paire</b>	<b>150,00</b>	<b>12,44</b>
						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.alainafflelou.fr](http://www.alainafflelou.fr) - [www.affleloustore.com](http://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.

273, Boulevard Saint Denis

92400 COURBEVOIE

Tél: 01.49.97.97.14 - Fax: 01.43.34.39.63

N° Finess : 92 0 03132 5

**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 Motricité ATM	1.00	26.24	0.00	26.24
23/11/2019	Pachymétrie et Motricité 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 €
<b>Total :</b>	0.00 €	Reste dû le 23/11/2019		0.00