

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.

Pathologie 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



Déclaration de Maladie

N° P19-0027062

ND: 32 331

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1303 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : JABRI Mohamed
Date de naissance : 30-12-1944
Adresse : 608 HANAN n°13 Californie CASAB
Tél. : 06 30 51 80 00 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 22/05/2020
Nom et prénom du malade : HANAN Mohamed Age : 75 ans
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Cancer de la prostate
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 : Casablanca Le : 22/05/2020
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Praticien
23/06/2022	Cachet de la Pharmacie		150 —	Professeur Sébastien ALBERT Chirurgie ORL de la Face et du Cou Clinique HARTMANN 26 boulevard Victor Hugo 92200 Neuilly-sur-Seine Tél 01 80 88 30 20 RPPS 10001570638

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MARC T... Christophe MIGNON 7 Avenue Marceau - 75116 PARIS Tél. : 01.47.20.83.52 - Fax : 01.47.20.31.90 752038974	23/06/2022	92,21€

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

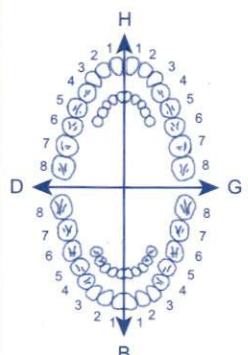
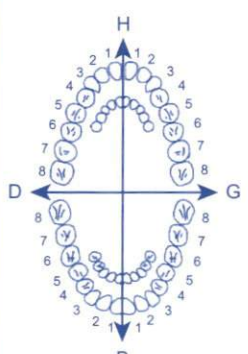
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CENTRE ORL MAILLOT
CHIRURGIE DU
COU ET DE LA FACE

P19 - 0027062

Professeur Sébastien ALBERT

CHIRURGIEN CERVICO-FACIAL, ORL

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

ANCIEN PRATICIEN HOSPITALIER DES HOPITAUX DE PARIS

3



Centres Médico Chirurgicaux
Ambroise Paré, Pierre Cherest, Hartmann

CLINIQUE HARTMANN

26 Bd Victor Hugo, 92200 Neuilly-sur-Seine

Secrétariat : 0180883020

adresse sécurisée APICRYPT :

Sebastien.ALBERT@medical92.apicrypt.org

N°RPPS : 10001570638

N°AM : 92 1 051736

Le 22/06/2020

Monsieur JABRI Mohammed

Né le 30/12/1944

Je soussigné, Pr sébastien ALBERT, certifie avoir vu ce jour en consultation Monsieur JABRI Mohammed afin de réaliser un contrôle post opératoire indispensable avant son retour au Maroc.
Certificat établi le 22/06/2020 pour faire valoir ce que de droit.

Professeur ALBERT

Professeur Sébastien ALBERT
Chirurgie ORL de la Face et du Cou
Clinique HARTMANN
26 boulevard Victor Hugo
92200 Neuilly-sur-Seine
Tél 01 80 88 30 20
RPPS 10001570638

Exemplaire à conserver

Médecin membre d'une association agréée par l'administration fiscale acceptant à ce titre le règlement des honoraires par carte bancaire ou chèques libellés à mon nom

819-0027062 (2)
Docteur Jean ABITBOL

Chevalier de la Légion d'Honneur

Ancien Interne - Ancien Chef de Clinique Assistant des Hôpitaux à la Faculté de Médecine de Paris
Oto-Rhino-Laryngologiste - Phonnatre - Chirurgie Cervico-Faciale
Professeur Adjoint ORL Drexel University College of Medicine of Pennsylvania Philadelphia-USA

Membre de la Société Française d'ORL et de Phonnatrie
Fellow of the Royal Society of Medicine (U.K.)
Corresponding Member of the American Academy of Otolaryngology - Head and Neck Surgery Foundation
Active membership of the American Laryngological Association
Active membership of the American Broncho-Esophagological Association
Scientific Advisory Board of the International Association of Phono-Surgery
Scientific Advisory Board of the International Society for Laser Surgery and Medicine
Board of Director et Scientific Advisory Board of the Voice Foundation

75 1 37640 1

1 Rue Largillière-75016 PARIS-FRANCE

TÉL 33 1 46 47 91 89 FAX 33 1 45 27 72 30

Paris, le jeudi 28 mai 2020

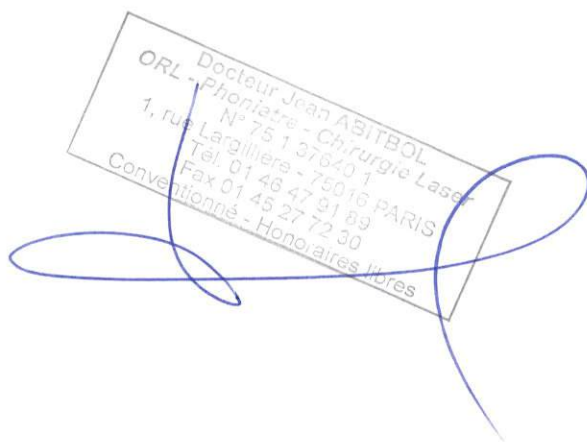
Je soussigné, Docteur Jean ABITBOL, certifie que Monsieur JABRI Mohamed a présenté un cancer de l'oesophage en 2009.

Ce patient a été opéré 3 fois pour un cancer du larynx : le 09/04/2019, le 14/01/2020 et le 18/03/2020.

Monsieur JABRI Mohamed est en rémission complète. De ce fait, je préconise un rapatriement à son domicile où il sera mis en quarantaine comme l'indique le gouvernement marocain.

Je considère que ce rapatriement est indispensable car l'aspect psychologique est un élément fondamental pour la guérison.

Dr Jean ABITBOL



Centres Médico Chirurgicaux
Ambroise Paré, Pierre Chereest, Hartmann

CLINIQUE HARTMANN

26 Bd Victor Hugo, 92200 Neuilly-sur-Seine

Secrétariat : 0180883020

adresse sécurisée APICRYPT :

Sebastien.ALBERT@medical92.apicrypt.org

N°RPPS : 10001570638

N°AM : 92 1 051736

Le 22/06/2020

Monsieur JABRI Mohammed

Né le 30/12/1944

Je soussigné, Pr sébastien ALBERT, certifie que Monsieur JABRI Mohammed a présenté en 2009 un cancer de l'oesophage guéri et é été récemment opéré d'un cancer du larynx en mars 2020.

Il est impératif à son arrivée au Maroc, en raison de son état de santé fragile, que tout soit mis en place afin d'éviter ou de raccourcir au maximum la mise en quatorzaine dont les conditions ne seraient pas optimales dans sa situation. Je lui prescris également un test PCR Covid-19 à réaliser dans le cadre de son reour au Maroc qu'il pourra vous présenter.

Certificat établi le 22/06/2020 pour faire valoir ce que de droit

Professeur ALBERT

Professeur Sébastien ALBERT
Chirurgie ORL de la Face et du Cou
Clinique HARTMANN
26 boulevard Victor Hugo
92200 Neuilly-sur-Seine
Tél. 01 80 88 30 20
RPPS 10001570638



CENTRE ORL MAILLOT
CHIRURGIE DU
COU ET DE LA FACE



Centres Médico Chirurgicaux
Ambroise Paré, Pierre Cherest, Hartmann

P19-0027062
Professeur Sébastien ALBERT

CHIRURGIEN CERVICO-FACIAL, ORL

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS
ANCIEN PRATICIEN HOSPITALIER DES HOPITAUX DE PARIS

CLINIQUE HARTMANN

26 Bd Victor Hugo, 92200 Neuilly-sur-Seine

Secrétariat : 0180883020

adresse sécurisée APICRYPT :

Sebastien.ALBERT@medical92.apicrypt.org

N°RPPS : 10001570638

N°AM : 92 1 051736

Le 22/06/2020

Monsieur JABRI Mohammed

Né le 30/12/1944

ESOMEPRAZOLE (magnésium) 40 mg cp gastrorésis (INEXIUM)

1 comprimé par voie orale le soir, pendant 3 mois

NR

BICARBONATE DE SODIUM 267 mg + SODIUM ALGINATE 500 mg susp buv sach (GAVISCONELL Ment Ss sucre)

1 sachet par voie orale le matin, le midi et le soir, pendant 3 mois

BUDESONIDE 400 µg/dose pdre p inhal (PULMICORT TURBUHALER)

1 inhalation par voie inhalée le matin et le soir, pendant 1 mois

LEVOTHYROXINE SODIQUE 150 µg cp (LEVOTHYROX)

1 comprimé par voie orale le matin, pendant 3 mois

Professeur ALBERT

Professeur Sébastien ALBERT
Chirurgie ORL de la Face et du Cou
Clinique HARTMANN
26 boulevard Victor Hugo
92200 Neuilly-sur-Seine
Tél. 01 80 88 30 20
RPPS 10001570638

Fact. Num. : 170087
Date Fact. : 23/06/2020
Date Ord. : 22/06/2020
Medecin: ALBERT Sébastien
Code Op: 4
Malade: JABRI Mohamed
75116 PARIS

QTE	DESIGNATION	CIP	Prix/U	BaseSS	HD	TxSS
1	ESOMEPRAZOLE 40M	3400949718870	5,03	-	1,02	0
	G BIOG 28 GELULE		Ordo: 176611			
1	PULMICORT 400MCG	3400933747879	26,32	-	1,02	0
	TURBUH 100D		Ordo: 176612			
1	LEVOTHYROX 150µg	3400930121467	7,72	-	1,02	0
	Cpr séc Plq/90 P		Ordo: 176613			
4	GAVISCONELL Susp	3400933851767	11,50	-		0
	buv ment s sucre					
1	Honor. dispens.		0,51	-		0
	HDR					
1	Honor. dispens.		3,57	-		0
	HDE					

MONTANT TOTAL : 92,21 MONTANT AMO : 0,00
MONTANT AMC : 0,00 MONTANT ASSURE : 92,21

Ces montants s'entendent avant application, le cas échéant, de la franchise prévue à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale et indiquée sur le relevé de prestations.



joindre la prescription
sauf si renouvellement

N° 11389*05

feuille de soins pharmacien ou fournisseur

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)

470087

date

J J M M A A

23062020

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

JABRI Mohamed

(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

1

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)

24 av marceau 75116 PARIS

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

MIGNON Christophe

10000648963

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

PHARMACIE MARCEAU
7, avenue MARCEAU
75116 PARIS
752039974

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom ALBERT Sébastien

identifiant

raison sociale

n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET)

921051736

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

22062020

A A A A

date de l'accord préalable (le cas échéant)

J J M M A A

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

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1
(cf. la notice au verso : § précédé de "9")
et les recommandations importantes)

accident causé par un tiers : non XX

oui

date

J J M M A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée

Prest	CIP/Ref.LPP(ut)	Homeo Decon- c.lab dition.	Qte	PU	Mt Fact	Libelle	Nb btes utili.	Mod. presc	Indic. Subst.	Date debut	Date loc	Date fin loc
PH7	3400949718870		1	5,03	5,03	ESOMEPRAZOLE 40MG BIOG						
HD7			1	1,02	1,02	Honor. dispens. HD7						
PH7	3400933747879		1	26,32	26,32	PULMICORT 400MCG TURBU						
HD7			1	1,02	1,02	Honor. dispens. HD7						
PH7	3400930121467		1	7,72	7,72	LEVOTHYROX 150µg Cpr s						
HD7			1	1,02	1,02	Honor. dispens. HD7						
PHN	3400933851767		4	11,50	46,00	GAVISCONELL Susp buv m						
HDR			1	0,51	0,51	Honor. dispens. HDR						
HDE			1	3,57	3,57	Honor. dispens. HDE						

imprimer les codes à barres
coller les étiquettes de la liste
des produits et prestations
dans l'ordre de la prescription

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros

9 2 , 2 1

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 fournisseur

MIGNON Christophe

signature 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.

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

(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)

IDENTIFICATION DU MEDECIN

Docteur Sébastien ALBERT
11 - ORL

Tél : 01 80 88 30 20

Conventionné

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

CLINIQUE HARTMANN
26 Boulevard Victor Hugo
92200 NEUILLY SUR SEINE

n°AM

=> 92 1 051736 00 3 31 0 11

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)

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)

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.	I.K. montant ③
22 06 20				APV	150-				
J J M M A A A A				Professeur Sébastien ALBERT Chirurgie ORL de la Face et du Cou Clinique HARTMANN 26 boulevard Victor Hugo 92200 Neuilly-sur-Seine Tél 01 80 88 30 20					
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									
				RPPS 10001570638					

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)

150-

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