

## 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

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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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° W19-538674

34855

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 9576 Société : Royalair Maroc			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AARIZA Aoustapha			
Date de naissance : 18.05.1959			
Adresse : Laissement AL KHOBZAMA EN N°92 Casa			
Tél. : 0641 89 93 93		Total des frais engagés : 186,84 ECU	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : Dr Michel DINH 6, rue du Luxembourg 69100 VILLEURBANNE N° 69 1 12583 5 Tél. 04 38 25 28 03	
Date de consultation : 02/06/20	Age:
Nom et prénom du malade : AARIZA Aoustapha	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : dysurie	
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 : 1/1/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie N° W19-538674	
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 : 9576	Nom de l'adhérent(e) : Aoustapha
Total des frais engagés : 186,84 ECU	
Date de dépôt :	

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
02/06/22	G		25€	INP : <u>Julien DINI</u>
04/06/22	G		25€	5, rue du Luxembourg 69100 VILLEURBANNE N° 69 1 12585 5 Tél. 04 78 26 28 03 BON

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien, 69 ou du Fournisseur	ARD	Date	Montant de la Facture
8		02/06/2020 13/05/20	11.91 6.65
02 JUIN 2020			

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Pharmacie LGA 119387-1494 048266-6600000-66 J. BOCQUET FFR GÉRÉRANT	3/6	0.33 + 0.7 + 0.5 + 1.15	8.2.83

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
SELARL IMAPOLE LYON-VILLEURBANNE 158 rue Léon Blum 69100 VILLEURBANNE	28/05				96,80

\* 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.																				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				INP : <input type="text"/>																
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">I</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B	I
H	G																			
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
<hr/>																				
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
<hr/>																				
B	I																			
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>																
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																				

CABINET MEDICAL EMPEDOCLE  
MEDECINE GENERALE  
6, rue du Luxembourg - 69100 VILLEURBANNE  
Tél. : 04 78 26 28 03 - Fax : 04 72 37 39 15

**Docteur Michel DINH**

sur rendez-vous:

Du Lundi au Vendredi  
Sauf Mercredi après-midi



**1) PIROXICAM (bétadex) 20 mg cp  
(BREXIN 20 mg Cpr séc Plq/14)**

Prendre 1 comprimé par jour, au cours du repas, pendant 5 jours

**2) METHOCARBAMOL 500 mg cp  
(LUMIRELAX 500 mg Cpr B/20)**

Prendre 1 comprimé le matin, à midi et le soir, pendant 6 jours

Villeurbanne , 19/05/2020

**M. MUSTAPHA AARIZA**

61 ans

**3) PARACETAMOL 1 g cp  
(DAFALGAN 1000 mg Cpr pell Plq/8)**

Prendre 1 comprimé le matin, à midi et le soir, pendant 6 jours

1 boite

3 boites

**4) Bouillotte (eau chaude) 1**

**Dr. DINH QUAN MICHEL**

Dr. MICHEL DINH  
69100 VILLEURBANNE  
Tél. : 04 78 26 28 03  
Fax : 04 72 37 39 15

PHARMACIE DES BRUSSES Fact. Num. : 417169  
291 Quater Route De Genas Date Fact. : 19/05/2020  
69100 VILLEURBANNE Date Ord. : 19/05/2020  
692019888 Medecin: DINH Michel  
Tel : 0472375414 Code Op: 7  
INSEE: Malade: AARIZA Mustapha  
35 rue de la pagere 69500 BRON

RENOUVELLEMENT No. 1

QTE	DESIGNATION	CIP	Prix/U	BaseSS	HT	TxSS
1	BREXIN 20MG CPR SECABLE 14	3400933595982	5,12	-	1,02	0
			Ordo: 652879	Lot: 600720		
1	Honor. dispens.		0,51	-		0
	HDR					

MONTANT TOTAL : 6,65 MONTANT A MDR : 0,00  
MONTANT GMS : 0,00 MONTANT POURCENT : 6,65

MONTANT AMC : 0,00 MONTANT ASSURÉ : 0,0  
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.

CABINET MEDICAL EMPEDOCLE  
MEDECINE GENERALE  
6, rue du Luxembourg - 69100 VILLEURBANNE  
Tél. : 04 78 26 28 03 - Fax : 04 72 37 39 15

**Docteur Michel DINH**

sur rendez-vous:  
Du Lundi au Vendredi  
Sauf Mercredi après-midi

Adeli: 69 1 12583 5  
RPPS : 10003073607

Villeurbanne , 02/06/2020

**M. MUSTAPHA AARIZA**

61 ans

1) **ALFUZOSINE CHLORHYDRATE 10 mg cp LP  
(ALFUZOSINE EVOLUGEN LP 10 mg Cpr pell LP Plq/30)**  
Prendre 1 comprimé le soir, pendant 1 mois

**Dr. DINH QUAN MICHEL**

*Dr. M. DINH  
69100 Villeurbanne  
04 78 26 28 03  
04 72 37 39 15*

PHARMACIE DES BROSSES Fact. Num. : 418169  
291 Quater Route De Genas Date Fact. : 02/06/2020  
69100 VILLEURBANNE Date Ord. : 02/06/2020  
692019888 Medecin: DINH Michel  
Tel :0472375414 Code Op: 7  
INSEE: Malade:AAKIZA Mustapha  
35 rue de la pagere 69500 BRON

QTE	DESIGNATION	CIP	Prix/U BaseSS	HD	1xSS
1	ALFUZOSINE LP 10 MG ZENTIVA CPR 3	3400935111036	10,38 Drdo: 654317 Lot: E1076	-	1,02 0
1	Honor. dispens.		0,51	-	0

MONTANT TOTAL : 11,91 MONTANT AMO : 0,00  
MONTANT AMC : 0,00 MONTANT ASSURE : 11,91

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.

CABINET MEDICAL EMPEDOCLE  
MEDECINE GENERALE  
6, rue du Luxembourg - 69100 VILLEURBANNE  
Tél. : 04 78 26 28 03 - Fax : 04 72 37 39 15

---

**Docteur Michel DINH**

sur rendez-vous:  
Du Lundi au Vendredi  
Sauf Mercredi après-midi

Adeli: 69 1 12583 5  
RPPS : 10003073607

Villeurbanne, le 19/05/2020

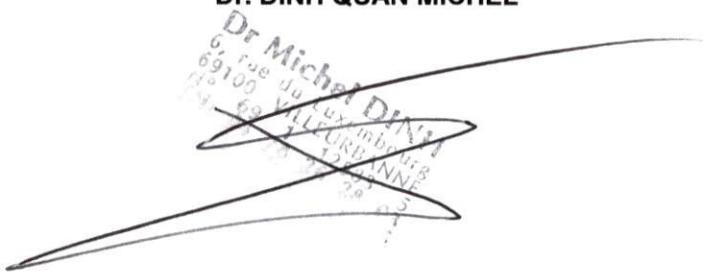
**M. MUSTAPHA AARIZA**

Age : 61 ans

**echographie prostatique endorectale**

**Dr. DINH QUAN MICHEL**

*Dr Michel DINH  
69100 VILLEURBANNE  
Tél. 04 78 26 28 03  
Fax 04 72 37 39 15*



## 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 **AARIZA MUSTAPHA**

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

numéro d'immatriculation

date de naissance **1 8 0 M M 1 9 5 9 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)

35 RUE DE LA PAGERE 69500 BRON

## IDENTIFICATION DU MEDECIN

Docteur FLORENCE BEURET  
06 Radiodiagnostic et imagerie ??  
158 rue Léon BLUM69100 VILLEURBANNE  
MEDECIN REMPLACANT

→ 69 0 83663 6 033332001006

identifiant CAB CONV ZID IK SPEC

## IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

Imapôle Lyon Villeurbanne  
158, rue Léon Blum  
Entrée A  
69100 VILLEURBANNE

## 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

n u m é r o

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 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.	fréas de déplacement	
								I.D. 2	I.K.
								M.D. nbre	montant 3
28 05 2020	Z C Q M 0 0 5 1				9 6 , 0 0				

## PAIEMENT

MONTANT TOTAL  
en euros (1+2+3)

9 6,0 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

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.



**Dr Florence BEURET**

Villeurbanne, le 28/05/2020

**Monsieur AARIZA MUSTAPHA**

Né(e) le 18/05/1959 (61 ans)

Date de l'examen : 28-May-2020

Origine : EXTERNE

ECHOGRAPHIE RENOVESICALE:

**Indication:**

Bilan prostatique

**Résultats:**

Bionettoyage du matériel à l'aide d'un détergent-désinfectant au décours de la réalisation de l'examen, selon les recommandations des services d'hygiène.

Rein droit: rein de 90 mm de grand axe, aux contours régulier. Pas de lésion focale suspecte.

Bonne différenciation corticomédullaire

Volumineuse formation liquide centrale du rein mesurant 6 cm de grand axe compatible avec un kyste parapyrélique.

Rein gauche : rein de 90 mm de grand axe, aux contours réguliers.

Pas de lésion focale.

Bonne différenciation corticomédullaire.

Pas de dilatation pyélocalicielle.

Pas d'obstacle visualisé sur les voies urinaires (sous réserve d'une exploration partielle des uretères lombaires en échographie).

Vessie transsonore semi-réplétion sans particularité

Prostate un peu hétérogène siège de quelques calcifications, de taille dans les limites de la normale évaluée à 21 cm<sup>3</sup>

Probable stigmate de prostatectomie du lobe médian. A confronter aux antécédents.

Pas de résidu postmictionnel.

**Au total:**

Volumineux kyste central du rein droit de 6 cm de grand axe sans portion tissulaire suspecte.

Prostate évaluée à 21 cm<sup>3</sup>.

**Dr Florence BEURET**

(validation électronique)

CABINET MEDICAL EMPEDOCLE  
MEDECINE GENERALE  
6, rue du Luxembourg - 69100 VILLEURBANNE  
Tél. : 04 78 26 28 03 - Fax : 04 72 37 39 15

**Docteur Michel DINH**

sur rendez-vous:  
Du Lundi au Vendredi  
Sauf Mercredi après-midi

Adeli: 69 1 12583 5  
RPPS : 10003073607

Villeurbanne, le 02/06/2020

**M. MUSTAPHA AARIZA**

Age : 61 ans

**prise de sang ; PSA**

**Dr. DINH QUAN MICHEL**

*Michel DINH  
6, rue du Luxembourg - 69100 VILLEURBANNE  
Téléphone : 04 78 26 48 18  
Fax : 04 72 37 39 15*

LABORATOIRE DE LA PAGERE  
3, AV. BELCOURT - 69500 BRON  
Téléphone : 04 78 26 48 18  
Fax : 04 70 31 97 69  
SELAS DYONDEEA  
J. BOCCAUET - S. FREZET

**LABORATOIRE LA PAGERE**

**83 Rue Pierre Brosselette**

**69500-BRON**

Tel : 04.78.26.48.18 - Fax : 04.78.26.40.58

Autorisation N° 69-10 - SELAS DYOMEDEA NEOLAB

[www.dyomedea.eu](http://www.dyomedea.eu)

**Mr Mustapha AARIZA  
chez me aariza  
35 rue de la pagere  
69500 BRON**

Réf. du dossier :  
PA200603037

BRON, le Mercredi 03 Juin 2020

**FACTURE ACQUITTEE**

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Nous vous adressons le justificatif de paiement de nos honoraires.

Dossier

---

Demande N° PA200603037

Date de l'examen : 03-06-2020

N° SS de l'assuré(e) :

Né(e) le : 18-05-1959

**Récapitulatif des honoraires :**

---

Patient	Sécurité Sociale	Mutuelle
22.28	0.00	0.00

En vous remerciant, veuillez agréer, Madame, Mademoiselle, Monsieur, l'expression de nos sincères salutations.