

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 canaux, 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 canaux.

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° W19-538674

34855

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9576 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AARIZA Mustapha

Date de naissance : 18.05.1959

Adresse : Lotissement AL KHOZAMA E1 N°92 Casa

Tél. : 0641 89 93 93 Total des frais engagés : 186,84 Euro

Cadre réservé au Médecin

Dr Michel DINH
6, rue du Luxembourg
69100 VILLEURBANNE
N° 69 1 12583 5
M. 24 22 26 28 03

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/06/2019

Nom et prénom du malade : AARIZA Mustapha Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

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) : Mustapha
Total des frais engagés : 186,84 €
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
02/06/20	G		25€	INP : MICHEL DINI 5, rue du Luxembourg 69100 VILLEURBANNE N° 69 1 12583 5 Tél. 04 78 26 28 03
04/06/20	G		25€	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
02 JUIN 2020	02/06/20 19/05/20	11,91 6,65

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	3/6	0,33 + 0,17 T.P.S. T.M. 1,15	92,23

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
SELARL IMAPOLE LYON-VILLEURBANNE 158 rue Léon Blum 69100 VILLEURBANNE	08/05					96,20

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	[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

Docteur Michel DINH

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



583 5
73607

Brexin 20mg

Piroxicam

14 comprimés sécables



LUMIRELAX
500MG METHOCARBAMOL

20 comprimés - 20 tablets

Villeurbanne, 19/05/2020

M. MUSTAPHA AARIZA

61 ans

- 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

1 boîte

- 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

3 boîtes

- 4) *Bouillotte (eau chaude) 1*

Dr. DINH QUAN MICHEL

Dr Michel DINH
6, rue du Luxembourg
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: AAKIZA Mustapha
 35 rue de la pagere 69500 BRON

RENOUVELLEMENT No. 1

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

MONTANT TOTAL : 6,65 MONTANT AMD : 0,00
 MONTANT AMC : 0,00 MONTANT ASSURE : 6,65

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.

Les 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.

QTE	DESIGNATION	CIP	Prix/U BaseSS	HD	TXSS
1	BOUIL ESTIPHRAM	3401548704424	11,00	-	0
	DOUBLE LAMELLE 2				
1	LUMIRELAX 500MG	3400930632192	8,30	-	0
	CPR 20				
	Ordo: 652828				
	MONTANT ASSURE :		19,30		
	MONTANT AMD :		0,00		
	MONTANT TOTAL :		19,30		

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: AAKIZA Mustapha
 35 rue de la pagere 69500 BRON

Docteur Michel DINH

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

Adeli: 69 1 12583 5
RPPS : 10003073607

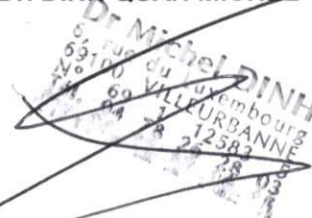
Villeurbanne , 02/06/2020

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



PHARMACIE DES BRUSSES 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	3400935111036	10,38	-	1,02 0
	MG ZENTIVA CPR 3		Ordo: 654317	Lot: E1076	
1	Honor. dispens.		0,51	-	0
	HDR				

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.

Docteur Michel DINH

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

Adeli: 69 1 12583 5
RPPS : 10003073607

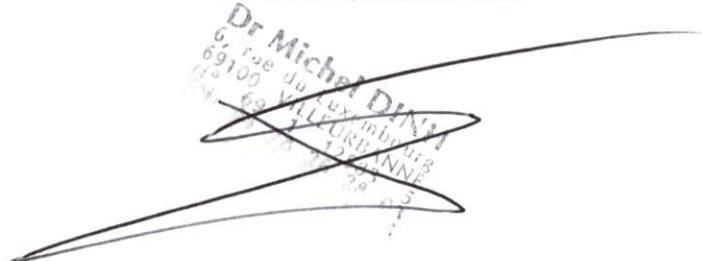
Villeurbanne, le 19/05/2020

M. MUSTAPHA AARIZA

Age : 61 ans

echographie prostatique endorectale

Dr. DINH QUAN MICHEL

A handwritten signature in dark ink, consisting of a large, sweeping loop, is written over a circular purple stamp. The stamp contains the text 'Dr Michel DINH', '6, rue du Luxembourg', '69100 VILLEURBANNE', and 'Tél. : 04 78 26 28 03 - Fax : 04 72 37 39 15'.

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 J J M 28 05 20

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 5 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

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

Docteur FLORENCE BEURET
06 Radiodiagnostic et imagerie ??
158 rue Léon BLUMImapôle Lyon Villeurbanne
158, rue Léon Blum
Entrée A
69100 VILLEURBANNE69100 VILLEURBANNE
MEDECIN REMPLACANT

N° 690 84663 6 08333201006

identifiant CAB CONV ZID IK SPEC

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

☒ MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une ☒ 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	I.K.	
28 05 2020	Z C Q M 0 0 5 1				9 6 , 0 0		M.D.	nbre	montant ③
J J M M A A A A									
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)

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 liquidienne centrale du rein mesurant 6 cm de grand axe compatible avec un kyste parapyélique.

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 cm³

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 cm³.

Dr Florence BEURET

(validation électronique)

Docteur Michel DINH

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

Adeli: 69 1 12583 5
RPPS : 10003073607

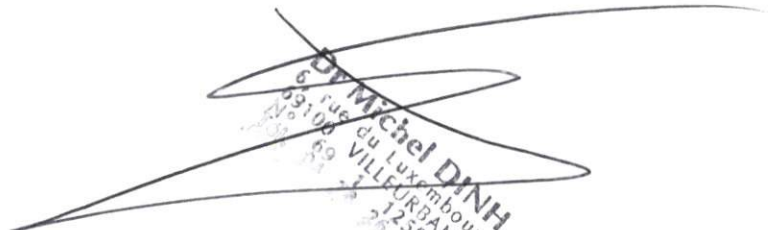
Villeurbanne, le 02/06/2020

M. MUSTAPHA AARIZA

Age : 61 ans

prise de sang ; PSA

Dr. DINH QUAN MICHEL


Dr. Michel DINH
6, rue du Luxembourg
69100 VILLEURBANNE
Tél. : 04 78 26 28 03
Fax : 04 72 37 39 15

LABORATOIRE DE LA PAGERE
J. BOCCOQUET - S. FREZET
83, Av. Pierre Brossolette - 69500 BRON
N° 69 3 703 19 1
Téléphone : 04 78 26 48 18

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.