

# 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.

## 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.

## Educateur :

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.

## Prothésiste :

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° P19-0029098

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 888 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAHRACH Badi

Date de naissance : 06/06/48

Adresse : 14 Bd Med Abdelou GASSA

Tél. : Total des frais engagés : 21,53€ Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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 : Le : 05 / 09 / 19

Signature de l'adhérent(e) :



## 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 LAHRACH Badia

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

numéro d'immatriculation

date de naissance 0 6 0 6 1 9 4 8 1

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)

92700 COLOMBES

code de l'organisme de rattachement  
en cas de dispense d'avance des frais  
(à remplir par le pharmacien ou  
le fournisseur)

## IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

PHARMACIE CHOLLET

DR M. CHOLLET

50 PHARMACIEN

CONVENTIONNE

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

## IDENTIFICATION de la STRUCTURE

26 RUE SAINT DENIS

PHARMACIE CHOLLET

SELAS PHARMACIE

26 RUE SAINT DENIS

DU VILLAGE

92700 COLOMBES

92700 COLOMBES

Tél 01 42 42 06 36

=&gt; 92 2 01892 4 00 1 00 0 50 n°AM

dispositif de coordination

de soins - réseau de santé

## IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom INTERNE HOP DE BICET

identifiant

raison sociale

HOPITAL BICETRE

n° de la structure

(AM, FINES ou SIRET)

940100043

## CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale 27/03/2019

date de l'accord préalable (le cas échéant)

XX

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 XX

oui

date

J J M M A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

## PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée

Qté	PU	Mt	Fact	Prest	CIP	Ref. LPP
1	19,49	19,49	PH7		3400930038345	
1	1,02	1,02	HD7			
1	0,51	0,51	HDR			
1	0,51	0,51	HDA			

Ut	Libelle
	DUALKOPT 20mg/ml+5mg/
	Honor. dispens. HD7
	Honor. dispens. HDR
	Honor. dispens. HDA

codes à barres

ou coller les étiquettes de la liste  
des produits et prestations  
dans l'ordre de la prescription

## PAIEMENT

MONTANT TOU  
en €PHARMACIE DU VILLAGE  
Dr M. CHOLLET

2 1 , 5 3

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

DR M. CHOLLET

signature de  
l'assuré(e)impossibilité  
de signer



## quelques conseils pour remplir votre feuille de soins

**Le bon remplissage de votre feuille de soins est la garantie de votre remboursement par l'assurance maladie.**

La première information à donner concerne **la personne recevant les soins et l'assuré(e)** :

**Si vous ne payez pas votre pharmacien ou votre fournisseur**, celui-ci remplira l'ensemble de cette rubrique, sur présentation de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne.

**Si vous payez votre pharmacien ou votre fournisseur**, celui-ci indiquera uniquement vos nom et prénom, dans la zone prévue, selon vos indications ou au vu des informations portées dans votre carte Vitale ou sur l'attestation papier qui l'accompagne.

Les autres zones seront remplies par vous même *(le code de l'organisme de rattachement n'est pas à préciser)*.

- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous êtes **assuré(e) social(e)**, inscrivez seulement :
  - votre **numéro d'immatriculation** (en vous aidant de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne).
- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous n'êtes pas **assuré(e) social(e)**, indiquez :
  - votre **numéro d'immatriculation**,
  - ou** (si celui-ci ne vous a pas été communiqué),
    - votre **date de naissance**,
    - le **nom** et le **prénom** de l'**assuré(e)** auquel (à laquelle) vous êtes rattaché(e) et son **numéro d'immatriculation**,
- **complétez enfin cette rubrique en indiquant l'adresse de l'assuré(e).**

**Toutes les autres rubriques de la feuille de soins sont à compléter par votre pharmacien ou votre fournisseur, y compris le numéro de facture qui est une zone facultative destinée à son usage.**

- \* Si vos soins sont dispensés au titre de l'article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, il doit le préciser dans la case prévue à cet effet.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident causé par un tiers, précisez-le lui ainsi que la date de cet accident. Ces renseignements doivent **obligatoirement** figurer sur la feuille de soins car ils permettent à l'assurance maladie de récupérer les frais relatifs à l'accident auprès de l'assureur concerné.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident du travail, dont vous avez été victime, ou avec une maladie professionnelle, présentez-lui la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle qui vous a été remise par votre employeur ou par votre organisme d'assurance maladie.

### Recommandations importantes :

Le double de votre prescription médicale doit être joint à l'envoi de votre feuille de soins (sauf en cas de renouvellement, ou s'il a été joint à la demande d'accord préalable).

**Prévenez votre organisme d'assurance maladie en cas de changement intervenant dans votre situation**, par exemple :

- **changement de compte** bancaire, postal ou de caisse d'épargne : adressez-lui le relevé d'identité correspondant.
- **changement d'organisme** d'assurance maladie : prenez contact avec votre nouvel organisme d'assurance maladie pour le transfert de votre dossier afin de ne pas retarder le remboursement de vos soins et prestations, **n'oubliez pas** également d'indiquer **votre nouvelle adresse sur la feuille de soins**.

\* Si le pharmacien ou le fournisseur a coché la case "SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1", la feuille de soins doit être adressée à l'organisme gestionnaire mentionné sur votre attestation de pensionné(e).

**N'oubliez pas de signer votre feuille de soins.**

PHARMACIE CHOLLET  
26 RUE SAINT DENIS  
92700 COLOMBES  
922018924  
Tel : 0142420636  
INSEE:

Fact. Num. : 264570  
Date Fact. : 18/07/2019  
Date Ord. : 27/03/2019  
Medecin: INTERNE HOP DE BICET -  
Code Op: ZC  
Malade: LAHRACH Badia  
92700 COLOMBES

QTE	DESIGNATION	CIP	Prix/U BaseSS	HD	TxSS
1	DUALKOPT 20mg/ml +5mg/ml Collyr s	3400930038345	19,49 - Ordo: 365272	1,02	0
1	Honor. dispens. HDR		0,51 -		0
1	Honor. dispens. HDA		0,51 -		0

MONTANT TOTAL : 21,53  
MONTANT AMC : 0,00

MONTANT AMD : 0,00  
MONTANT ASSURE : 21,53

Ces montants s'entendent ayant application, le cas échéant,  
de la franchise prévue à l'article L. 522-2 du code de la  
sécurité sociale et indiquée sur le relevé de prestations.

CENTRE HOSPITALIER  
UNIVERSITAIRE DE BICÊTRE

78, rue du Général-Leclerc  
94275 LE KREMLIN-BICÊTRE  
Téléphone : 01 45 21 21 21  
N° F.I.N.E.S.S. : 940100043

ASSISTANCE  
PUBLIQUE



HÔPITAUX  
DE PARIS

Date :

27/3/19

Nom et Prénom du patient :

LAKRACH BADA

Age :

SERVICE D'OPHTALMOLOGIE  
Maladies et chirurgie des yeux

Secrétariat :  
01 45 21 36 90  
Secteur Hospitalisation :  
01 45 21 22 60  
Secteur Consultation :  
Accueil : 01 45 21 30 86  
Poste de Soins : 01 45 21 36 91

Chef de Service  
Pr Marc LABETOULLE

N° RPPS : 10001259190

Dr :

Oeil droit

a butacort

1 goutte x 2h

+ 2 flacons pen nettoyage

Ordonnance  
originale  
en possession  
de la  
Mupras

voir  
dossier  
n° 719 0004331

ORDONNANCE

Off 1 an

PHARMACIE DU VILLAGE  
Dr M. CHOLLET  
SELAS 922018924  
26, rue Saint Denis  
92700 COLOMBES  
Tél : 01 42 42 42 42

Signature :

Bureau des rendez-vous OPH  
Tel : 01 45 21 23 92



## Dualkopt

20 mg/ml + 5 mg/ml  
eye drops, solution

Each ml contains 20 mg dorzolamide (as dorzolamide hydrochloride) and 5 mg timolol (as timolol maleate).

### List of excipients :

Hydroxyethylcellulose, mannitol (E421), sodium citrate (E331), sodium hydroxide (E524) (for pH adjustment) and water for injections.

Ocular use.

Read the package leaflet before use.

Keep out of the sight and reach of children.

DUALKOPT can be used up to 2 months after first opening.

Medicine registered under:  
34009 300 383 4 5



Ne pas utiliser chez la femme enceinte, sauf en l'absence d'alternative thérapeutique  
Not to be used by pregnant woman, unless no alternative therapy is available

EN

## Dualkopt®

20 mg/ml + 5 mg/ml

collyre en solution  
eye drops, solution

Dorzolamide / Timolol



pour 2 mois de traitement  
for 2 months treatment

Flacon de 10 ml sans conservateur  
Bottle of 10 ml preservative free

Titulaire/Marketing Authorisation Holder:  
Laboratoires Théa  
12, rue Louis Blériot  
63017 Clermont-Ferrand Cedex 2 - FRANCE  
Exploitant / Operating company: Thea Pharma  
12, rue Louis Blériot  
ZI du Brezet  
63100 Clermont-Ferrand - FRANCE  
Fabricant/Manufacturer: Delpharm Tours  
Rue Paul Langevin  
37170 Chambray Les Tours - FRANCE

E2488C10/0318

## Dualkopt

20 mg/ml + 5 mg/ml  
collyre en solution

FR

Chaque ml contient 20 mg de dorzolamide (sous forme de chlorhydrate de dorzolamide) et 5 mg de timolol (sous forme de maléate de timolol).

### Liste des excipients :

Hydroxyéthylcellulose, mannitol (E421), citrate de sodium (E331), hydroxyde de sodium (E524) (pour ajustement du pH), eau pour préparations injectables.

Voie ophtalmique.

Lire la notice avant utilisation.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

DUALKOPT peut être utilisé jusqu'à 2 mois après la première ouverture.

Médicament autorisé N° :  
34009 300 383 4 5

Code CIP 13



3400930038345

Théa



5040643

Dualkopt  
20 mg/ml + 5 mg/ml  
collyre en solution  
eye drops, solution  
Dorzolamide / Timolol

NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
DO NOT SWALLOW - DO NOT INJECT  
RESPECT THE PRESCRIBED DOSE

LISTE I - Uniquement sur ordonnance  
List I - Prescription only



Soyez prudent

Ne pas conduire  
sans avoir lu la notice

Be careful

Do not drive until you  
have read the instructions



LOT DK061  
EXP 04 2021  
PC 03400930038345  
SN 021836309749

Date de première ouverture :  
Date of first opening: