

# 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.

## 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.

## Thérapeutique :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule :

888

Société :

RAM

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom :

LAHIRACH

Badis

Date de naissance :

06/06/48

Adresse :

14, Bd Med Abdou CASA

Tél. :

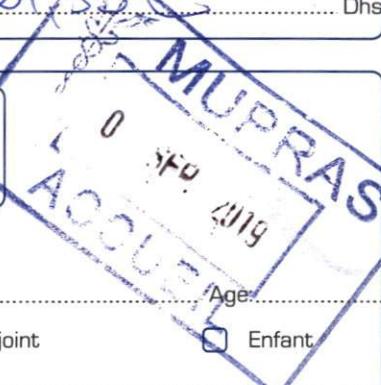
Total des frais engagés :

21588

Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade :

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 : 05/10/2018

Signature de l'adhérent(e) :



joindre la prescription  
sauf si renouvellementfeuille de soins  
pharmacien ou fournisseurArt. 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)

264570  
date J J M M A A A A  
18072019

## 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 COLOMBEScode 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

CONVENTIONNÉ

## 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  
922018924  
Tél 0142420636

=&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

raison sociale HOPITAL BICETRE

identifiant

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

ou

date

J J M M A A A A

## AT/MP numéros

## PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée				CIP	Ref.	LPP
Qte	PU	Mt	Fact	Prest		
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

Imprimer les codes à barres

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

## PAIEMENT

MONTANT TOTAL  
en euros  
PHARMACIE DU VILLAGE

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

Dr M. CHOLLET  
SELAS 922018924  
26, rue Saint Denis  
92700 COLOMBES  
Tél. : 01 42 42 06signature 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.

## 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 **vos nouvelles adresses** 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	DUALKORT 20mg/ml +5mg/ml Collyr s	3400930038345	19,49	-	1,02	0
1	Honor. dispens.			Ordo: 365272	0,51	-
1	Honor. dispens.				0,51	-
	HDA					0

MONTANT TOTAL : 21,53 MONTANT AMD : 0,00  
MONTANT AMC : 0,00 MONTANT ASSURE : 21,53  
Ces montants s'entendent ayant 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.

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 HÔPITAUX  
PUBLIQUE DE PARIS

Date :

27/3/19

Nom et Prénom du patient :

LAKRACH BAPRA

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 :

Ordonnance  
Pr Marc  
et de la  
voix  
Dosez  
neutre

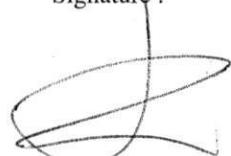
00004331  
ordonnance

+2 flacons pour nettoyage

Prise 1 an

PHARMACIE DU VILLAGE  
Dr M. CHOLLET  
SELAS 922018924  
26, rue Saint Denis  
92700 COLOMBES  
Tél : 01 42 42 62 11

Signature :



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

# Dualkopt

Dorzolamide / Timolol  
eye drops, solution  
collyre en solution

20 mg/ml + 5 mg/ml

E2488C10/0318

## Dualkopt

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

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 :

Hydroxyethylcellulose, mannitol (E421), sodium citrate (E331), sodium hydroxide (E524) (pour pH ajustement) 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 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



# Dualkopt®

20 mg/ml + 5 mg/ml

collyre en solution  
eye drops, solution

Dorzolamide / Timolol



pour 2 mois de traitement  
for 2 months treatment

Code CIP 13



3400930038345



LOT DK061  
EXP 04 2021  
PC 03400930038345  
SN 021836309749

Date de première ouverture :  
Date of first opening:



5040643

Fiole de  
Bottle of 10 ml sans conservateur  
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