

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## éducation :

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.

## ntaire :

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

## Déclaration de Maladie : N° P19-0019186

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9279 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom BENTAKHOUF Radia Date de naissance : 29/03/55

Adresse : 29 Y KNEZES 2 NAKHL SIDI MAHMADE OFF

Tél. : 051311629 Total des frais engagés : 29,11€ Bto

#### Cadre réservé au Médecin

#### Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/09/2018

Nom et prénom du malade : BENTAKHOUF Radia Age : 65 ans

Lien de parenté : 0 (soi-même)

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Gastrentérite

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCUSÉ

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 : Colombes

Le : 01/09/2019

Signature de l'adhérent(e) : L

Dr FRAGKOULIDOU Lilia

Spécialiste en  
Médecine Générale  
RPPS 10101567740

## 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur PHARMACIE	Date	Montant de la Facture
130, Bd Charles de Gaulle 92700 COLLECTIVE Tél: 01 42 42 25 25 922018361 RCS: 789 954 322	01/08/19	24602

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<del>docteur Pierre expert Zac de la Marine 92700 COLOMBES Finess : 92 003 0616</del>	1/08/19					25€

## RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ostéodensitométrie.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

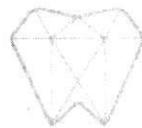
A dental arch diagram showing upper and lower arches with numbered teeth (1 through 8) on both sides. A coordinate system is overlaid, with the vertical axis labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. The horizontal axis is labeled 'D' on the left and 'I' on the right. The teeth are arranged in a curve, with the first molar on each side being the lowest point of the curve.

### **(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**



**DENTYLIS**

Centres dentaires

**Centre Médico-Dentaire Charles de Gaulle**

147 Bld Charles De Gaulle

92700 Colombes

FINESS : 920030616

Tel : 01 85 01 11 95

Fax : 01 85 01 11 98

**Docteur FRAGKOULIDOU LILIA**

Médecine Générale

10101567740

, le 01/08/2019

**Monsieur BENMAKHOUF RACHID**

62 ans

1- SMECTA 3G ORANGE VANILLE SACHET 30 (Diosmectite)

1 sachet 3 fois par jour.

2- PANTOPRAZOLE 40MG BIOGARAN FL CP28 (Pantoprazole)

1 comprimé par jour pendant 1 mois.

3- METEOXANE GELULE 60 (Siméticone + phloroglucinol)

2 gélules 3 fois par jour pendant 1 mois.

\* L'ordonnance contient 3 produits.

*A matin - soir  
15jou*

Centre Médico-Dentaire colombes  
147 Rue Pierre expert  
75016 Paris  
92700 COLOMBES  
Finess : 92 003 0616

PHARMACIE

Total: 24,02EUR

3 2 34009 306633 4 METEOXANE GELU BT60  
1 4 34009 3192307 / SMECTA 3G ORAN-VANI BUV SACH30  
1 7 34009 3921338 5 PANTOPRAZOLE 80MG CPR BT28  
1 #Honoraire de dispensation remboursables  
PHARMACIE DES 4 CHEMINS  
TEL : 01.42.42.22.71  
922018361 DP : 15

CENTRE DE SANTE COLOMBES

Rue PIERRE EXPERT ZAC DE LA MARINE  
92700 COLOMBES  
Tél: 01.85.01.11.95 - Fax: 01.85.01.11.99  
N° Finess : 92 0 03061 6

Patient : BENMAKHOUF Rachid ( N°: 26702)  
Né(e) le : 29/03/1957  
Lien :  
N° SS :  
Risque :

FACTURE

Fact / FSE 16 891 / 0 du: 01/08/2019

Praticien FRAGKOULIDOU Lilia  
01 Médecin Généraliste

Page 1 of 1

Assuré : BENMAKHOUF Rachid ( N°: 26702)

Adresse :

Date Soins	Cotation	Quantité	TRSS	E.D.	Montant
01/08/2019	Consultation médecine G	1,00	25,00	0,00	25,00
					25,00 €

Acquitée

CDS Medico-Dentaire colombes  
1/9 rue Pierre expert  
Zac de la Marine  
92700 COLOMBES  
Finess : 92 003 0616

Montant des avances consenties	A la charge de l'assuré			
	Espèces	Chèque	C.B.	Autre
	25,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
<u>Total :</u>	0,00 €	Reste dû le 01/08/2019		0,00



# 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.**

# Météoxane

## Siméticone + Phloroglucinol

### COMPOSITION :

Siméticone ..... 125 mg  
Phloroglucinol hydraté ..... 80 mg  
Pour une gélule

Voie orale.

Ce médicament est *préconisé dans le soulagement* des douleurs du ventre avec ballonnements et/ou émission de gaz, associées ou non à des diarrhées légères.

Lire la notice avant utilisation.

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

Médicament autorisé n° 34009 3066933 4

Médicament non soumis à prescription médicale.

2 gélules 3/11  
→ 1 mois

CIP : 3400930669334  
EXP : 01/2021  
LOT : 18558



TITULAIRE/EXPLOITANT :

Alfasigma France

14 Boulevard des Frères Voisin  
92130 Issy-Les-Moulineaux



3 400930 669334

# Météoxane

## Siméticone + Phloroglucinol

### COMPOSITION :

Siméticone ..... 125 mg  
Phloroglucinol hydraté ..... 80 mg  
Pour une gélule

Voie orale.

Ce médicament est *préconisé dans le soulagement* des douleurs du ventre avec ballonnements et/ou émission de gaz, associées ou non à des diarrhées légères.

Lire la notice avant utilisation.

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

Médicament autorisé n° 34009 3066933 4

Médicament non soumis à prescription médicale.

2 gélules 3/11  
→ 1 mois

CIP : 3400930669334  
EXP : 01/2021  
LOT : 18558



TITULAIRE/EXPLOITANT :

Alfasigma France

14 Boulevard des Frères Voisin  
92130 Issy-Les-Moulineaux



3 400930 669334

# Météoxane

## Siméticone + Phloroglucinol

### COMPOSITION :

Siméticone ..... 125 mg  
Phloroglucinol hydraté ..... 80 mg  
Pour une gélule

Voie orale.

Ce médicament est *préconisé dans le soulagement* des douleurs du ventre avec ballonnements et/ou émission de gaz, associées ou non à des diarrhées légères.

Lire la notice avant utilisation.

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

Médicament autorisé n° 34009 3066933 4

Médicament non soumis à prescription médicale.

2 gélules 3/11  
→ 1 mois

CIP : 3400930669334  
EXP : 01/2021  
LOT : 18558



TITULAIRE/EXPLOITANT :

Alfasigma France

14 Boulevard des Frères Voisin  
92130 Issy-Les-Moulineaux



3 400930 669334

Exp. 03-2022  
Lot 190999  
PC 03400933213385  
SN 480912507560



**BIOGARAN**

# PANTOPRAZOLE BIOGARAN® **40 mg**

**28**  
COMPRIMÉS  
GASTRORÉSISTANTS

VOIE ORALE

					AVANT	
 MATIN	 MIDI	 SOIR	 DURÉE	 REPAS	<b>ADULTE</b>	