

# 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.

## Diagnostique 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.

## Educations :

- 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.

## Prothèse :

- 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.

## Déclaration de Maladie : N° P19-0019186

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2279 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BENTAKHOUF Rachid Date de naissance : 29/03/54  
Adresse : 29X MARO 2 NAKHIL SUB MAKKINE  
Tél. : 066131629 Total des frais engagés : 29,12 € Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/08/2018  
Nom et prénom du malade : BENTAKHOUF Rachid Age : 65 ans  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Gastroentérite  
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 : Colombie

Le : 01/08/2019

Signature de l'adhérent(e) :

Dr FRAGKOULIDOU Lilia  
Spécialiste en  
Médecine Générale  
RPPS 10101567740

## 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



# 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

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE 130, Bd Charlemagne 92700 COLOMBES Tél: 01 42 42 20 00 922018361 RCS: 789 954 324	01/08/19	24602

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

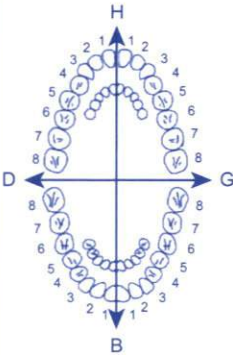
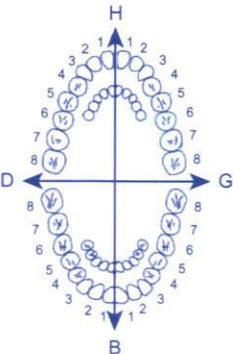
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Medico - Dentaire Colombes 19 rue Pierre expert Zac de la Martine 92700 COLOMBES Finess : 92 003 0616	1/08/19					25 €

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

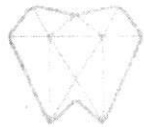
## Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES			<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
G	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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 BENMAKHLOUF 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.

*à matin - soir  
15 jours*

*COS Medico - Dentaire colombes  
1/6 rue Pierre expert  
rue de la Martin  
92700 COLOMBES  
Finess : 92 003 0616*

Total: 24,02EUR

3 2 34009 3066933 4 METEUXANE GELU BT60  
1 4 34009 3192307 / SPECTA 3G ORAN-VANI BUV SACH30  
1 7 34009 3921338 5 PANTOPRAZOLE BGA 40MG CPR BT28  
1 \*Honoraire de dispensation remboursables

PHARMACIE DES 4 CHEMINS

TEL : 01.42.42.22.71.

922018361 UP : 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

**FACTURE**

Fact / FSE 16 891 / 0

du: 01/08/2019

Praticien FRAGKOULIDOU Lilia

01 Médecin Généraliste

Page 1 of 1

Patient : BENMAKHLOUF Rachid ( N°: 26702)

Né(e) le : 29/03/1957

Lien :

N° SS :

Risque :

Assuré : BENMAKHLOUF 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 €

*Acquittée***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			
	25,00 €			
	<u>Espèces</u>	<u>Chèque</u>	<u>C.B.</u>	<u>Autre</u>
	25.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €
<u>Total :</u>	0,00 €	Reste dû le	01/08/2019	0,00





N° 11389\*05

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)

1 9 0 1 2 1 2 2 5

date 0 1 0 8 2 0 1 9

## PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT les SOINS (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

date de naissance

J J M M A A A A

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)

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

H

## IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

BEN EL OUSSAM PATRICK

RPPS 1000031400

## PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

## IDENTIFICATION de la STRUCTURE

PHARMACIE DES 4 CHEMINS

130, Bd Charles de Gaulle

92700 COLUMBES

TEL : 01.42.42.22.71

N° ident 922018361

UP : 15

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé

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

nom et prénom

1 0 1 0 0 9 1 9 6 9

identifiant

raison sociale

n° de la structure

(AM, FINESS ou SIRET)

9 2 0 0 3 0 6 1 6

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

date de la prescription médicale

J J M M A A A A

date de l'accord préalable (le cas échéant)

J J M M A A A A

MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1  
(cf. la notice au verso : § précédé de "s"  
et les recommandations importantes)

accident causé par un tiers : non

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

CIP/NUM

NumOrd

Acte/Ute/Prix

taux

Remise

Montant

UFE: 6 V: 6 en EUR

3400930669334 METEDOXANE GEL

PH2 3x3,25

0%

9,75

HONORAIRES DE DISPENSATION

HD2 3x1,02

0%

3,06

3400931923077 SPECTA 30 ORA

PH4 1x3,42

0%

3,42

HONORAIRES DE DISPENSATION

HD4 1x1,02

0%

1,02

3400939213385 PANTOPRAZOLE

PH7 1x5,24

0%

5,24

HONORAIRES DE DISPENSATION

HD7 1x1,02

0%

1,02

HONORAIRES DE MEDICAM. REMB.

HDR 1x0,51

0%

0,51

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

2 4 0 2

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

PHARMACIE DES 4 CHEMINS

signature de  
l'assuré(e)impossibilité  
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de falsification 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 **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.

*Egélule 3/1/2*  
*→ dno*

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.

Egélus 3/1/2  
→ dno

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.

Egélus 3/1/2  
→ dno

CIP : 3400930669334  
EXP : 01/2021  
LOT : 18558



TITULAIRE/EXPLOITANT :

Alfasigma France

14 Boulevard des Frères Voisin

92130 Issy-Les-Moulineaux



3 400930 669334



# PANTOPRAZOLE

## BIOGARAN® 40 mg

28

COMPRIMÉS  
GASTRORÉSISTANTS



BIOGARAN

03400939213385

PC

SN

Lot

Exp.

4 809 125 075 60

190999

03-2022



VOIE ORALE

				AVANT	
					ADULTE
MATIN	MIDI	SOIR	DURÉE	REPAS	