

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Déclaration de Maladie

Nº M21- 0060469

Optique *2021* Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

868

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Slaoui frencone

Date de naissance :

18/08/1941

Adresse :

*Résidence femme Esid
45 Bd ghaedi Eschbach*

Tél. :

0662550695 Total des frais engagés : *Euros 74,66* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément CFA

Date de consultation :

19/03/2024

Nom et prénom du malade :

Slaoui frencone Age:

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

MUPRAS

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 :

Casa Le : *17/04/2024*

Signature de l'adhérent(e) :

Slaoui

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	Date	Montant de la Facture
	

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	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

7

feuille de soins
pharmacien ou fournisseur

numéro de facture (facultatif)

4 7 6 9 8 6

2 0 0 3 2 0 2 4

date

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

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 SLAOUI FRANCOISE

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

numéro d'immatriculation 2 4 1 0 8 7 6 5 4 0 0 5 3 8 4

0 1 7 7 1 0 0 4 1

date de naissance 1 3 0 8 1 9 4 1

771 CPAM MELUN RUBELLES
code de l'organisme de rattachement
du cas de dépassement de frais
(à remplir par le pharmacien ou
le fournisseur)

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom SLAOUI FRANCOISE

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

numéro d'immatriculation 2 4 1 0 8 7 6 5 4 0 0 5 3 8 4

ADRESSE de L'ASSURE(E)

RES YASMINE ESC D 2 ETG 45 BD GANDHI 99350 CASABLANCA 20370 MAROC

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

PHARMACIE MESNARD
42 AVENUE DE BRETEUIL
75007 PARIS 7E ARRONDISSEMENT
Tél : 01.47.83.59.82
10000427905

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

PHARMACIE MESNARD
752038125dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom HOP LES 15 20

identifiant

1 0 0 0 0 2 5 2 9 2 3

raison sociale

n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET)

7 5 0 0 0 0 4 8 1

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale 1 9 0 3 2 0 2 4 date de l'accord préalable (le cas échéant)

X 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 X

oui

date

AT/MP

numéro

ou

date

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée		U.P	Qté	Remb.	P.U.	TOTAL Libellé	Nb Bte	Subst.	Presc.	Déb. loc	Fin loc
Code	CIP / IPP										
PH7	3400936009011		6	6,42	6,42	38,52 CARTEOL LP 2% Collyr LP 30Unit/0,2ml					
HD7			6	1,02	1,02	6,12 Honoraire de dispensation niveau 7					
PH7	3400926738266		6	8,78	8,78	52,68 MONOPROST 50µg/ml Collyr unidose 30					
HD7			6	1,02	1,02	6,12 Honoraire de dispensation niveau 7					
AAD	1192020		6	7,87	11,01	66,06 SOLUTION A USAGEOPHTALMIQUE, SAN					
HDR			1	0,51	0,51	0,51 Honoraire de dispensation pour delivran					
HDA			1	1,58	1,58	1,58 Honoraire de dispensation lie a l'age de l					

PAIEMENT

Montant primaire : 96,93

MONTANT TOTAL
en euros

1 7 1 5 9

Montant mutuelle : 0,00

Montant assuré : 74,66

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

Pharmacie MESNARD
42, Avenue de Breteuil
75037 PARIS
Tél. : 47.83.59.82 Fax : 47.83.95.44
75 2 01911 7

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du pharmacien
ou du fournisseursignature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

Centre hospitalier
National d'Ophtalmologie des
Quinze-Vingts
28, rue de Charenton
75571 Paris cedex 12
Tel : 01 40 02 15 20



QUINZE-VINGTS
CENTRE HOSPITALIER NATIONAL D'OPHTALMOLOGIE

N° FINESS



750000481

CENTRE DU GLAUCOME

Tél : 01 40 02 16 18
(de 9h30 à 12h30)
Fax : 01 40 02 16 31
Mail : glaucome@15-20.fr

IPP: 1464508

Nom: SLAOUI

Prénom: FRANCOISE

Nom de naissance: BURETTE

Date de naissance: 13/08/1941

Paris, le 19/03/2024

Pharmacie MESNARD
12, Avenue de Breteuil
75007 PARIS
03812 5
93 59 82
5 44

ORDONNANCE

- CARTEOL LP 2% Collyre unidose

1 goutte matin _dans les deux yeux
6 mois

- MONOPROST Collyre unidose

1 goutte le soir au coucher _dans les deux yeux
6 mois

- CATIONORM Collyre

1 goutte 3 fois par jour dans les deux yeux
6 mois

Depot à l'acheter
le 24/03/24

pour 6 mois.

Docteur THOMAS BOUAZIZ
Ophtalmologiste

N° RPPS



10001894703

ORIGINAL

PHARMACIE MESNARD

42 AVENUE DE BRETEUIL
75007 PARIS 7^e ARRONDISSEMENT
France
Tel : 01.47.83.59.82
Fax : 01 47 83 95 44
Email : pharmacie.mesnard@free.fr

SLAOUI FRANCOISE - 31205
RES YASMINE ESC D 2 ETG
45 BD GANDHI
99350 CASABLANCA 20370 MAROC
France

SLAOUI FRANCOISE - Délivrance sur ordonnance - Ticket 2024008989 du 20/03/2024

Code	Désignation	Qté	Prix TTC unitaire	Prix HT unitaire	% remise	Montant Total HT	Taux TVA
3400936009011	CARTEOL LP 2% Collyr LP 30Unid/0,2ml	6	6,42	6,288	0,00 %	37,728	2,10 %
	Honoraire simple	6	1,02	0,999	0,00 %	5,994	2,10 %
3400926738266	MONOPROST 50µg/ml Collyr unidose 30Unid/0,2ml	6	8,78	8,599	0,00 %	51,596	2,10 %
	Honoraire simple	6	1,02	0,999	0,00 %	5,994	2,10 %
3401097988672	CATIONORM MULTI Emul ophtalm séch ocul 10ml	6	11,01	9,175	0,00 %	55,050	20,00 %
	Honoraire médicament remboursable	1	0,51	0,500	0,00 %	0,500	2,10 %
	Honoraire lié à l'âge	1	1,58	1,548	0,00 %	1,548	2,10 %

Nombre de lignes : 7

Solde de votre compte : -74,66 €

Taux TVA	Base HT	Remise globale	Frais de livraison	HT Net	Montant TVA	Montant TTC
2,10 %	103,36			103,36	2,17	105,53 €
20,00 %	55,05			55,05	11,01	66,06 €

Règlements

Chèque bancaire

74,66 €

Crédit

96,93 €

Montant total HT 158,41 €
Montant total TVA 13,18 €
Montant total TTC 171,59 €

Net à payer	171,59 €
Date d'échéance	20/03/2024

Aucun escompte ne sera pratiqué pour paiement comptant ou anticipé. Conformément à la loi 92-1442 du 31 décembre 1992, relative au délai de paiement entre les entreprises, tout retard de paiement total ou partiel à l'échéance indiquée sur la facture entraînera l'application de pénalités et ce, sans qu'un rappel soit nécessaire. Ces pénalités seront facturées à un montant forfaitaire de 40 €.

au capital de 0,00 € - SIRET n° 75212321600018 NAF 4773Z TVA n°FR86752123216 - RCS : 752123216

EO2.0 V215.3 (NF525) B 0416 a4a3

Poste : LEO20

Partie à joindre avec votre règlement

Facture n° 2024005533 du 20/03/2024 pour un montant de 96,93 €

En cas de règlement par virement, merci d'utiliser le compte :

CL Paris IBAN : FR663000200487000005687V06 BIC : CRLYFRPP