

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.

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.



MUPRAS
RECEPTION 9

Déclaration de Maladie : N° P19- 0010119

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2610

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AZMI ELMOSTAFA Date de naissance : 23-12-1957

Adresse : 12 LOT EL WAFI DEROUA

Tél. : 0663072895

Total des frais engagés : 104,96 EUR

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Jacqueline ALSINE

OPHTALMOLOGUE

Cachet du médecin :

1, Av. du Général Leclerc

94400 VITRY SUR SEINE

34 06 46 31 0 95

0 9 11 0 T. 46 82 33 32

Date de consultation : 25/01/2020

Nom et prénom du malade : SEKISAK Rougier

Age : 1460

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Veste ophtalmologue

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

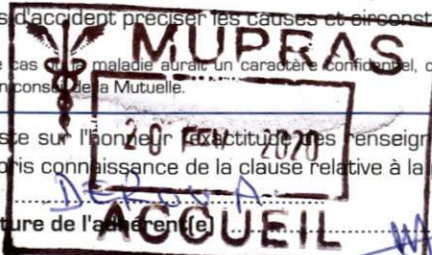
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 10/02/2020

Signature de l'adhérent (e)



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
25/01/2020			35,84 Euro	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

31/01/2020

69,12 Euro

PHARMACIE ABISOR
7 avenue de l'abbé Roger Derry
94400 Vitry-sur-Seine
CONVENTION n° 94 201 107 3

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

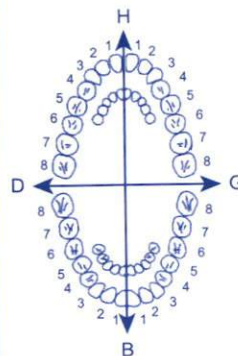
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

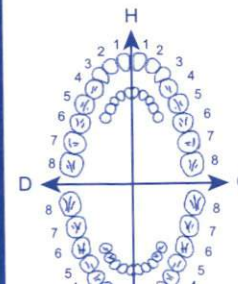
COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU
DEVIS



N° 12541 *02

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

date

25/01/2020

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT LES SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom SEKKAIK FOUJIE

(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 médecin)

IDENTIFICATION DU MEDECIN

DOCTEUR JACQUELINE ALSINET

15

CONVENTIONNE

MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

1 AVENUE DU GAL LECLERC

94400 VITRY SUR SEINE

Tél 0146823832

=> 94 1 04631 0 00 1 11 0 15 n°AM

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

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

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers :

non

oui

date

J J M M A A A A

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

MATERNITE

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

J J M M A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous

nom et prénom du médecin :

(s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)

accès direct spécifique

urgence

hors résidence habituelle

médecin traitant remplacé

accès hors coordination

ACTES EFFECTUES

(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : J J M M A A A A)

dates des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés ①	dépass.	frais de déplacement		
							I.D. ② M.D.	nbre	I.K. montant ③
25/01/2020	Bj QP002	1		2	26,24				
25/01/2020	Bj QP001	1		2	9,60				
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)

35,84

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

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

signature du médecin
ayant effectué
l'acte ou les actessignature 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.

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 SEKKAK Fouzia
(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 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)

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 ABISORR

ABISORR mme
50 PHARMACIEN

CONVENTIONNE

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

PHARMACIE ABISORR
7 AVENUE DE L'ABBE ROGER DERR
7 RUE ABBE R DERRY
94402 VITRY SUR SEINE
94400 VITRY SUR SEINE
Tél 0146806161

=> 94 2 01107 3 00 1 10 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 ALSINET Jacqueline

identifiant 10001196616

raison sociale

n° de la structure 941046310
(AM, FINISS ou SIRET)

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale 31 01 2020 A A A A date de l'accord préalable (le cas échéant) J J M M A A A A

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

Prest	CIP/Ref.LPP(ut)	Homeo Decon- c.lab dition.	Qte	PU	Mt Fact	Libelle	Nb btes utili.	Mod. presc	Indic. Subst.	Date debut	Date fin loc
PH4	3400941780486		2	1,87	3,74	BORAX A BORIQ ZENT SOL					
HD4			2	1,02	2,04	Honor. dispens. HD4					
PAN	1396218(1)		2	3,67	7,34	ZYDUS Compr n tis st 7					
PH7	3400937689021		3	5,49	16,47	LACRIFLUID COLLYRE 60					
HD7			3	1,02	3,06	Honor. dispens. HD7					
AAD	1132471(1)		2	9,24	23,32	VISMED MULTI LUBR OCUL					
PH4	3400930145951		2	5,30	10,60	LEVOFREE 0,05% Collyr					
HD4			2	1,02	2,04	Honor. dispens. HD4					
HDR			1	0,51	0,51	Honor. dispens. HDR					

imprimer les codes à barres
coller les étiquettes de la liste
des produits et prestations
dans l'ordre de la prescription

PAIEMENT

PHARMACIE ABISORR
7 avenue de l'abbé Roger Derr
94400 Vitry-sur-Seine
CONVENTION n° 94 201 107 3

MONTANT TOTAL
en euros

6 9 , 1 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

ABISORR mme

signature de
l'assuré(e)

impossibilité
de signer

PHARMACIE ABISOR

mme ABISOR

7 RUE ABBE R DERRY

94402 VITRY SUR SEINE

Tel: 0146806161

N° SIRET: 82130576000018

Code NAF: 5230A - FR85402074207

FRANCE

CARTE BANCAIRE

A0000000421010

CB

le 31/01/20 a 10:28:42

PHARMACIE ABISOR

94400

VITRY SUR

2511861

82130576000018

30002

*****4653

BOA7C56DA0107D80

103 001 022920

C

MONTANT= 69,12 EUR

DEBIT

TICKET CLIENT

A CONSERVER

Docteur Jacqueline ALSINET
OPHTALMOLOGUE

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
Conventionné Secteur I
SUR RENDEZ-VOUS

1-3, avenue du Général Leclerc
94400 VITRY-SUR-SEINE

Tél. : 01 46 82 38 32

Urgences Ophtalmologie : 01 58 41 23 00



1132471

Solution hyaluronate de sodium 0,18%

VISMED

Flacon de 10 ml, B/1
Horus Pharma



1132471

Solution hyaluronate de sodium 0,18%

VISMED

Flacon de 10 ml, B/1
Horus Pharma



1396218

COMPRESSES NON TISSEES STERILES
> OU = 50CM2 & < 100 CM2
BOITE DE 25 SACHETS X 2

LOT 1904ZY
2024-08

ophtalme AOKKAK Foug.

Travail 2 yeux



500

07/2022

*- Lactosane viscos
Reins 1e yeux 2 fl
Cupons 3 br*

*- Lactosane viscos
2e yeux 2 fl
Cupons 3 br*

*- Lactosane viscos
3e yeux 2 fl
Cupons 3 br*

*- Lactosane viscos
4e yeux 2 fl
Cupons 3 br*

*- Lactosane viscos
5e yeux 2 fl
Cupons 3 br*

LOT 1904ZY
2024-08

COMPRESSES NON TISSEES STERILES
> OU = 50CM2 & < 100 CM2
BOITE DE 25 SACHETS X 2

1396218

CIP 34009301459
LOT/BATCH H4401
FAB/MADE 02/2019
EXP/EXP 02/2022

Lot : 503
EXP : 08/2022



Medicament auto
n° 34009 417804

98708216000
cament auto
n° 34009 417804

500
07/2022



N° AM
941

N° RPPS

10001196616

*1e Lactosane
VITRAIRE MEDICIN*

9H023338220100

PHARMACIE ABISROR

ABISROR mme

7 RUE ABBE R DERRY

94402 VITRY SUR SEINE

Tel : 0146806161

No SIRET : 82130576000018

Code NAF : 5230A - FR85402074207

FRANCE

Désignation	Code TVA	Qté	PU TTC	Montant TTC
-------------	-------------	-----	-----------	----------------

Patient: SEKKAK Fouzia

Ordonnance 779080

3400941780486	4	2	1,87	3,74
---------------	---	---	------	------

BORAX A BORIQ ZENT SOL OPTH 20	4	2	1,02	2,04
--------------------------------	---	---	------	------

Honor. dispens. HD4

3401060241988	6	2	3,67	7,34
---------------	---	---	------	------

ZYDUS Compr n tis st 7,5x7,5cm 25Sach/2	4	3	5,49	16,47
---	---	---	------	-------

3400937689021	4	3	1,02	3,06
---------------	---	---	------	------

LACRIFLUID COLLYRE 60 UNIDOSES	4	3	1,02	3,06
--------------------------------	---	---	------	------

Honor. dispens. HD7

3401047486692	6	2	11,66	23,32
---------------	---	---	-------	-------

VISMED MULTI LUBR OCUL 10ML8	4	2	5,30	10,60
------------------------------	---	---	------	-------

3400930145951	4	2	1,02	2,04
---------------	---	---	------	------

LEVOFREE 0,05% Collyr s Fl/5ml	4	2	1,02	2,04
--------------------------------	---	---	------	------

Honor. dispens. HD4

	4	1	0,51	0,51
--	---	---	------	------

Honor. dispens. HDR

Total TTC	69,12
-----------	-------

A Payer	69,12
---------	-------

TOTAL A PAYER : 69,12 (453,40F)

Montant HT : 63,22

Code TVA	Taux	HT	TVA	TTC
4	2,10	37,669	0,791	38,46
6	20,00	25,550	5,110	30,66

CB : 69,12

Le 31/01/2020 à 10h29 Op. : 14 AMINA

Montants exprimés en Euros