

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

tions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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 caractére 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



Déclaration de Maladie

Nº P19-0029938

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3394

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENDIANE No Hawa

Date de naissance :

12-9-60

Adresse :

Holistique

Tél. :

06/084799

Total des frais engagés : 125,94 Euros

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr MICHEL MOULY
Gynécologue Obstétricien
44 avenue Kléber-75016 PARIS
Tel. 01 47 03 06 07 - Fax 01 47 03 06 80

Date de consultation : 24/02/2020

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Gynécologie

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 : 21/03/20

Signature de l'adhérent(e) :



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
24/02/2020	290003	100€		
				Dr MICHEL MOULY Gynécologue Obstétricien 44 avenue Kléber-75016 PARIS Tél : 01 47 03 06 07 - Fax 01 47 03 98 80

EXECUTION DES ORDONNANCES

HARMATEL CARBONNE
~~Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur~~
CROIX NIVERT
7-19 Rue de la Croix Nivert
75015 PARIS
Tel. : 01 47 34 70 48
Sect. : 803 402 692

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

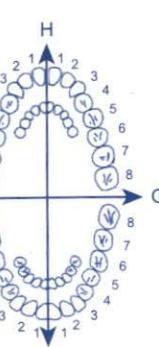
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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			
	25533412 00000000 D 35533411	21433552 00000000 G 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

feuille de soins - médecin

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

numéro de facture (facultatif)

date 24/11/20

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

(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

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

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)

IDENTIFICATION DU MEDECIN

DOCTEUR MICHEL MOULY

07 GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

CONV. HONO.LIBRES

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

44 AVENUE KLEBER

75016 PARIS

=> 75 1 58701 5 00 3 31 0 07 n°AM

MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

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) 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

oui

date

J J M M A A A A

MATERNITE

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

J J M M A A A A

AT/MP

n u m é r o

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 EFFECTUÉS

(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	dépass.	frais de déplacement	
8411102003					100 €		I.D. ② M.D. nbre	I.K. montant ③
J J M M A A A A	J J M M A A A A	J J M M A A A A	J J M M A A A A	J J M M A A A A	J J M M A A A A	J J M M A A A A		
J J M M A A A A	J J M M A A A A	J J M M A A A A	J J M M A A A A	J J M M A A A A	J J M M A A A A	J J M M A A A A		
J J M M A A A A	J J M M A A A A	J J M M A A A A	J J M M A A A A	J J M M A A A A	J J M M A A A A	J J M M A A A A		

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)

100 €

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 actes

signature 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.



25x17x90

P. Num. Réf.

P. 204

3400935358134

Médicament autorisé n° 3400935358134

Composition par ampoule:
Cholécalciférol (vitamine D₃)
80 000 UI, pour une ampoule.

32
3896434-
32081

Médicament soumis à prescription médicale.
Liste II.

Respecter les doses prescrites

Zymad®
80000UI

PC 0340935358134
SN 322WNNTV16
LOT RE81918
EXP 05/2022



Mylan

FR 921964
P 280 C
P 346 C
P 2985 C

Egypotin
MYLAN MEDICAL SAS
40 - 44 RUE WASHINGTON
75008 PARIS

ROTTAPHARM
Trinité
40 - 44 RUE WASHINGTON
75008 PARIS

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants
Lire la notice avant utilisation.
A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.
Conserver l'ampoule dans l'emballage extérieur.
à l'abri de la lumière.

06/2021
1254

Cholécalciférol
de 2 ml
Boîte de 1 ampoule
Traitement et/ou prévention
de la carence en vitamine D

Vie orale.
de 2 ml
Boîte de 1 ampoule
Traitement et/ou prévention
de la carence en vitamine D

Zymad®
Solvation buvable en ampoule
Vie orale

Zymad®
80 000 UI



25x17x90

P
N
M
R
P
M
R
P
M
R

3400935358134

Médicament autorisé n° 3400935358134

Composition par ampoule:
Cholécalciférol (vitamine D₃)
80 000 UI, pour une ampoule.

32
3896434
32081

Médicament soumis à prescription médicale.
Liste II.

Respecter les doses prescrites

Zymad®
80000UI

PC 0340935358134
SN 322WN2TVA16
LOT RE81918
EXP 05/2022



Mylan

FR 921964
P 280 C
P 346 C
P 2985 C

Egypotin
MYLAN MEDICAL SAS
40 - 44 RUE WASHINGTON
75008 PARIS

ROTTAPHARM
Trinité
40 - 44 RUE WASHINGTON
75008 PARIS

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants
Lire la notice avant utilisation.
A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.
Conserver l'ampoule dans l'emballage extérieur.
à l'abri de la lumière.

06/2021
12546

Vie orale.

Boîte de 1 ampoule
de 2 ml

Cholécalciférol

80 000 UI

Zymad®

Vie orale
Solutio[n] buvable en ampoule

Traitement et/ou prévention
de la carence en vitamine D



joindre la prescription
sauf si renouvellement**feuille de soins
pharmacien ou fournisseur**

numéro de facture (facultatif)

63950

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 J J M M 27022020

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 TAJ EDDINE Ouafa

(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 1 0 1 9 6 3 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)

75015 PARIS

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

BOURAZI Nora

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

PHARMACIE CAMBRONNE CROIX NIVERT
19 rue de la Croix Nivert
75015 PARIS
752039701**IDENTIFICATION de la STRUCTURE**dispositif de coordination
de soins - réseau de santé**IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce**

nom et prénom MOULY

identifiant 10003698569

raison sociale

n° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) 751587015

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale 27022020

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

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-	Qte	PU	Mt Fact	Libelle	Nb btes	Mod.	Indic.	Date	Date
				c.lab	dition.				utili.	presc	Subst.	début loc	fin loc
PH7	3400935811387				1	11,03	11,03	PROGESTAN Gé 100mg Cap					
HD7					1	1,02	1,02	Honor. dispens. HD7					
PH7	3400933829247				2	4,54	9,08	OESTRODOSE 0,06% GEL L					
HD7					2	1,02	2,04	Honor. dispens. HD7					
PH7	3400935358134				1	1,24	1,24	ZYMAD 80MUI S BUV AMP/					
HD7					1	1,02	1,02	Honor. dispens. HD7					
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**MONTANT TOTAL
en euros**

2 5 , 9 4

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

BOURAZI Nora

signature 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.

Docteur Michel MOULY

Ancien Interne et Chef de Clinique des Hôpitaux de Paris
Ancien Assistant du Centre Anti-Cancéreux de Villejuif
(I.G.R.)
Attaché de Chirurgie à l'Institut Gustave Roussy

44, avenue Kléber
75016 PARIS
Tél. : 01.47.03.06.07
Fax : 01.47.03.08.80

CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE ET MAMMAIRE
ENDOSCOPIE GYNÉCOLOGIQUE
CANCEROLOGIE
GYNÉCOLOGUE – ACCOUCHEUR
Restauration génitale féminine

75 1 58701 5

Paris, 14/12/20
Le

Madame,

TAS 2015

1. OESTRODOSE gel

1 Vraie Pression / j du 1er au 15 j du mois sur l'avant-bras le matin pendant 6 mois.

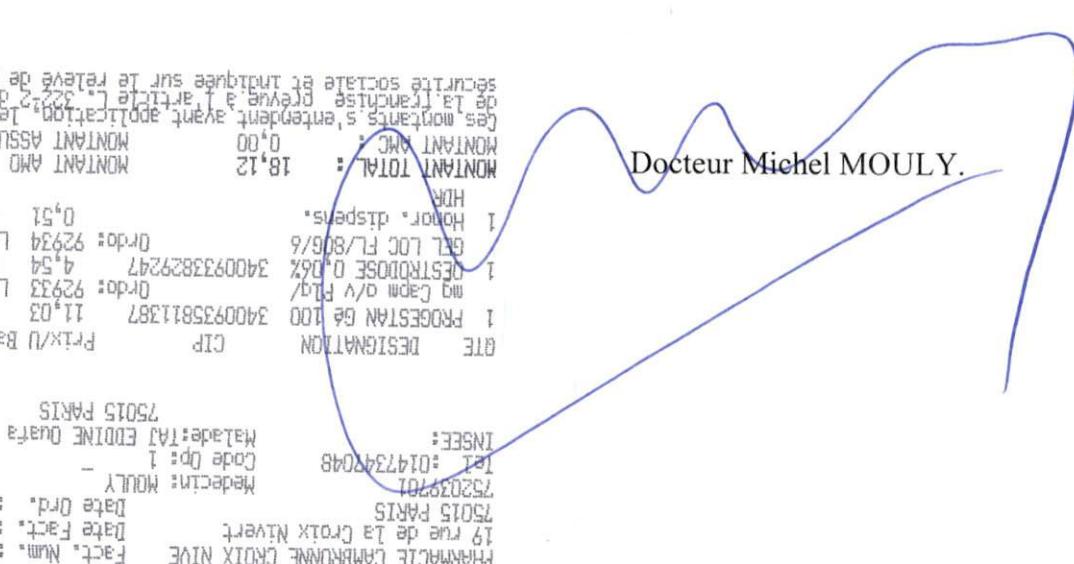
2. UTROGESTAN ou PROGESTAN GE cp 100 (boite 90)

1cp / J du 1er au 15 j du mois pendant 6 mois le soir au coucher .

3. ZYMAD 80 000 UI amp

1 amp/ 2 mois pendant 1 an

Renouvelable 6 mois





Lot : 72312
Exp: 04/2021
CIP: 3400933829247



Œstrodose® estradiol

Voie transdermique

Un examen médical est nécessaire
avant et périodiquement
en cours de traitement



Œstrodose® estradiol

Exploitant :

LABORATOIRES BESINS INTERNATIONAL
13 Rue Périer
92120 Montrouge - France

Fabricant :

BESINS-MANUFACTURING BELGIUM
Groot - Bijgaardenstraat 128
1620 Drogenbos - Belgique

Flacon doseur
de 80g



Pas de précaution particulière
de conservation

Laboratoires
BESINS-INTERNATIONAL



Médicament autorisé n° 34009 3382924 7



Lot : 72312
Exp: 04/2021
CIP: 3400933829247



Œstrodose® estradiol

Voie transdermique

Un examen médical est nécessaire
avant et périodiquement
en cours de traitement



Œstrodose® estradiol

Exploitant :

LABORATOIRES BESINS INTERNATIONAL
13 Rue Périer
92120 Montrouge - France

Fabricant :

BESINS-MANUFACTURING BELGIUM
Groot - Bijgaardenstraat 128
1620 Drogenbos - Belgique

Flacon doseur
de 80g



Pas de précaution particulière
de conservation

Laboratoires
BESINS-INTERNATIONAL



TRIMESTRE

PROGESTAN® Gé 100mg

Progesterone

Médicament autorisé n° 34009 3581138 7

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance. Liste I.
Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

PROGESTAN® Gé 100mg
Progesterone

Titulaire:
Laboratoires Besins International
3 rue du Bourg l'Abbé, 75003 Paris
France

Exploitant:
Laboratoires Besins International
13 rue Périer, 92120 Montrouge
France

TRIMESTRE

PROGESTAN® Gé 100mg

Progesterone

90
Capsules molles
ou capsules molles vaginales

TRIMESTRE

PROGESTAN® Gé 100mg

Progesterone

Médicament autorisé n° 34009 3581138 7

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance. Liste I.
Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

PROGESTAN® Gé 100mg
Progesterone

Titulaire:
Laboratoires Besins International
3 rue du Bourg l'Abbé, 75003 Paris
France

Exploitant:
Laboratoires Besins International
13 rue Périer, 92120 Montrouge
France

TRIMESTRE

PROGESTAN® Gé 100mg

Progesterone

90
Capsules molles
ou capsules molles vaginales