

## 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

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

N° W19-517106

NO = 24302

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 026441

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OKRA

Abdelmalek

Date de naissance : 30/10/41 1959

Adresse : Habiluelle

Tél. : 06 689 82821

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr BUI Thanh-Hao

MEDECINE GENERALE - Conventionné

24 Rue Emile Guyou

31400 TOULOUSE

31 101446 8

Date de consultation : 23/01/2020

Nom et prénom du malade : OK RA Abdelmalek

Lien de parenté :  Lui-même

Nature de la maladie : Toux persistante

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 au/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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :



Le : 09/03/2020

## 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
.....	.....	.....	.....	INP : <input type="text"/>
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie Métro Ranguell</b> <b>SELARL BM PHARMACIE</b> <b>28 rue C.Forbin 31400 Toulouse</b> <b>N° national 312008576</b> <b>Tél : 05.61.52.49.36</b> <b>SIRET 823 265 988 00019</b>	29/1/20	26,45€

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODD.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adionction]

Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

joindre la prescription  
sauf si renouvellementfeuille de soins  
pharmacien ou fournisseur

numéro de facture (facultatif)

200007260

29012020

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 OKBA ABDELMALEK

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

numéro d'immatriculation

3 0 0 4 1 9 5 9

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

date de naissance

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

nom et prénom OKBA ABDELMALEK

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

numéro d'immatriculation

A

## ADRESSE de L'ASSURE(E)

31400 TOULOUSE

## IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

BEUVELOT CLEMENCE

PHARMACIE METRO RANGUEIL

RPPS 1000165089

Mmes Marli &amp; Beauvelot

## PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

28 Rue Claude Forbin

identifiant

31400 TOULOUSE

N° ident 312008576

TEL : 05 61 52 49 36  
OP : 1 29/01/2020 12:24

nom et prénom

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé

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

BUI THANH-HAO

raison sociale

identifiant

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

3 1 1 0 1 4 4 6 8

1 0 1 0 0 7 0 0 0 3

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

date de la prescription médicale

2 9 0 1 2 0 2 0

date de l'accord préalable (le cas échéant)

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

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

J J J M M A A A A

ou

date

J J J M M A A A A

AT/MP	numéro	CIP/NOM	NumOrd	Acte/Qte/Prix	Taux	Remise	Montant	QTE: 2	V: 2	en EUR
tarification détaillée		0930039946 INNOVAIR NEXHALER		PH7 1x34,92	0%		34,92			
		INNORAIRE DE DISPENSATION		HD7 1x1,02	0%		1,02			
		INNORAIRE 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

3 6, 4 5

MONTANT TOTAL  
en euros

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

PHARMACIE METRO RANGUEIL

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

signature du pharmacien  
ou du fournisseur

312008576

signature de  
l'assuré(e)impossibilité  
de signer

Toute personne 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.

## 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 29012020

## 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 OK RA Adel malek

(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 BUI THANH HAO

01 MEDECINE GENERALE

CONVENTIONNE

## MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

## IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

24 RUE EMILE GUYOU

31400 TOULOUSE

=&gt; 31 1 01446 8 00 1 30 1 01 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)

 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

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 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.	fréais de déplacement
29012020		1 G			25		
J J M M A A A A							
J J M M A A A A							

## PAIEMENT

MONTANT TOTAL  
en euros (1+2+3)

25

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

Toute personne qui 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, articles L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

Toutes 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.

**Dr. Thanh-Hao BUI**  
Spécialiste en MÉDECINE GÉNÉRALE



10100700037

24 rue Emile Guyou  
31400 Toulouse  
Tél cabinet : 05 61 53 09 43

Toulouse, le 29/01/2020

*Consultations du lundi au vendredi :*

*Matin de 9h à 12h*

Après-midi : de 15h à 18h30

M. Abdelmalek OKBA

- **INNOVAIR NEXTHALER 200 µg/6 µg/dose Pdr inh Inhal/120doses**

Prendre 2 doses le matin et le soir, pendant 14 jours

**Dr BUI Thanh-Hao**  
MEDECINE GENERALE - Conventionné  
24 Rue Emile Guyou  
31400 TOULOUSE  
31 1 01446 8

PHARMACIE  
Ranguenel  
31420 Toulouse  
312008576  
49 36  
00019

En cas d'absence et pour les urgences vitales, composez le 15



311014468

000 reg.0 FACTURE No.200007260

29/01/2020, ord. 29/01/2020,

OKBA ABDELMALEK

Total: 36,45EUR

1x35,94EUR 7 34009 3003994 6 INNOVAIR NEXTHALER 200/6MCG/DOS120

1x0,51EUR \*Honoraire de dispensation remboursables

PHARMACIE METRO RANGUEIL

TEL : 05 61 52 49 36

312008576 OP : 1

Ne pas utiliser si les étiquettes de fermeture de l'étui sont déchirées ou manquantes.

LOT

1101563

EXP

10/2022



PC 03400930039946  
SN 80MAR6MR2V

 **Chiesi**

# INNOVAIR® NEXThaler®

**200 microgrammes / 6 microgrammes / inhalation**  
**poudre pour inhalation**  
**dipropionate de bêclométabolone anhydre / fumarate de formotérol dihydraté**

**1 inhalateur contenant  
120 doses**

**Titulaire :**  
**CHIESI SAS**  
**17 avenue de l'Europe**  
**92270 Bois Colombes - France**