

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

nditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

diologie 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.

éducation :

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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

ladie 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 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

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1303

Société : RAM

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : J. A. B. E. R. E. D.

Autre :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0663 05 88

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



MUPRAS
RECEPTION

Date de consultation : 23/03/2020

Nom et prénom du malade : Yousra Age :
Yousra 23/03/2020

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :
Yousra

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
Yousra

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :
Yousra

feuille 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

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

date de naissance 1 J J M M A A A A A A

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des 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
(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)

75016 PARIS

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

37 AVE MARCEAU 75116 paris

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

PHARMACIE ANGLO-AMÉRICAINE
37 AVENUE MARCEAU
75116 PARIS
752038208

RENOUVELLEMENT No 1

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom ALBERT

identifiant 10000379999

raison sociale

n° de la structure (AM, FINES ou SIRET) 751497868

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale 23032020 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 A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A 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.	debut	fin loc
PHN	3400934372988			1	4,90	4,90	VASELINE OFFICINALE CO					
PH7	3400934450853			3	5,46	16,38	AUGMENTIN 1G/125MG AD					
HD7				3	1,02	3,06	Honor. dispens. HD7					
HC				1	0,31	0,31	Honor. dispens. HC					
HDR				1	0,51	0,51	Honor. dispens. HDR					
HDE				1	3,57	3,57	Honor. dispens. HDE					

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

6 4 , 7 0

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

37 AVE MARCEAU 75116 paris

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.

feuille de soins
pharmacien ou fournisseur

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 JABRI Mohamed

(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)

75016 PARIS

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

37 AVE MARCEAU 75116 paris

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

PHARMACIE ANGLO-AMERICAINE
37 AVENUE MARCEAU
75116 PARIS
752038208

RENOUVELLEMENT N° 1

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom ALBERT

raison sociale

identifiant 10000379999

n° de la structure
(AM, FINES ou SIRET) 751497868

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale 30032020

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

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

tarification détaillée

Prest	CIP/Ref.	LPP(Ut)	Homeo	Decon-	Qte	PU	Mt Fact	Libelle	Nb btes	Mod.	Indic.	Date	Date
				c.lab					utili.	presc	Subst.	debut	fin loc
PH7	3400930066188				2	2,77	5,54	LEVOTHYROX 150µg Cpr s				U	
HD7					2	1,02	2,04	Honor. dispens. HD7					
HDR					1	0,51	0,51	Honor. dispens. HDR					
HDE					1	3,57	3,57	Honor. dispens. HDE					

primer 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

1 1 , 6 6

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

37 AVE MARCEAU 75116 paris

signature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

feuille de soins
pharmacien ou fournisseur

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 JABRI Mohamed

(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)

75016 PARIS

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

37 AVE MARCEAU 75116 paris

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

PHARMACIE ANGLO-AMÉRICAINE
37 AVENUE MARCEAU
75116 PARIS
752038208

RENOUVELLEMENT No 1

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom ALBERT

identifiant 10000379999

raison sociale

n° de la structure (AM, FINES ou SIRET) 751497868

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale 23032020

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

AT/MP	numéro		ou	date	J J M M A A A A
PRÉDUITS et PRESTATIONS DELIVRES					
tarification détaillée					
Prest	CIP/Ref.LPP(Ut)	Homeo Decon- c. lab dition.	Qte	PU	Mt Fact Libelle
PH7	3400935294227		5	1,16	5,80 DOLIPRANE 1000MG CPR E
HD7			5	1,02	5,10 Honor. dispens. HD7
PH7	3400935322982		1	3,42	3,42 TRAMADOL R ATI 50MG CPR
HD7			1	1,02	1,02 Honor. dispens. HD7
PH7	3400935533951		1	6,23	6,23 INEXIUM(7)40MG BT28 M
HD7			1	1,02	1,02 Honor. dispens. HD7
PH4	3400930849316		1	2,00	2,00 POLERY AD SP 200ML
HD4			1	1,02	1,02 Honor. dispens. HD4
PH7	3400930066188		1	2,77	2,77 LEVOTHYROX 150µg Cpr s M
HD7			1	1,02	1,02 Honor. dispens. HD7
PAN	1396218(1)		1	3,67	3,67 TETRA COMP NT 7,5X7,5
PHN	3518646266638		1	2,90	2,90 PHYSIODOSE SERUM PHYS

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros

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

signature du pharmacien
ou du fournisseur

, , , , , , , ,

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

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.



CLINIQUE HARTMANN

26 Bd Victor Hugo, 92200 Neuilly-sur-Seine

Secrétariat : 0180883020

adresse sécurisée APICRYPT :

Sebastien.ALBERT@medical92.apicrypt.org

N°RPPS : 10001570638

N°AM : 92 1 051736

Le 23/03/2020

Monsieur JABRI Mohammed

Né le 30/12/1944

PARACETAMOL TEVA 1 g, comprimé

1 comprimé par voie orale 4 fois par jour, pendant 10 jours

**TRAMADOL ARROW 50 mg, comprimé**1 comprimé par voie orale 4 fois par jour, pendant 7 jours
à prendre en cas de douleurs malgré la prise de paracetamol**AMOXICILLINE/ACIDE CLAVULANIQUE MYLAN 1 g/125 mg ADULTES, poudre pour suspension buvable en sachet-dose (rapport amoxicilline/acide clavulanique : 8/1)**

1 poudre pour suspension buvable par voie orale le matin, le midi et le soir, pendant 7 jours

INEXIUM 40 mg, comprimé gastro-résistant

1 comprimé gastro-résistant(e) par voie orale le soir, pendant 1 mois

POLERY ADULTES, sirop

1 sirop par voie orale le matin et le soir, pendant 15 jours

LEVOTHYROX 150 microgrammes, comprimé sécable

1 comprimé sécable par voie orale 1 fois par jour, pendant 3 mois

Soins de cicatrice :

- Compresses non tissées stériles

- Serum physiologique

- Vaseline : à mettre sur la cicatrice jusqu'à l'ablation des fils

Professeur Sébastien ALBERT
Chirurgie ORL de la Face et du Cou
Clinique HARTMANN
26 boulevard Victor Hugo
92200 Neuilly-sur-Seine
Tél. 01 80 88 30 20
RPPS 10001570638

Professeur ALBERT

PHARMACIE ANGLO-AMÉRICAINE
 37 AVENUE MARCEAU
 75116 PARIS
 752038208
 Tel : 0147205737
 INSEE:
 Fact. Num. : 210968
 Date Fact. : 23/03/2020
 Date Ord. : 23/03/2020
 Medecin: ALBERT -
 Code Op: 6
 Malade: JABRI Mohamed
 75016 PARIS

RENOUVELLEMENT No. 1

QTE	DESIGNATION	CIP	Prix/U	BaseSS	HD	TxSS
5	DOLIPRANE 1000MG CPR EFF SEC 8	3400935294227	1,16	-	1,02	0
1	TRAMADOL MG CPR RATI 50	3400935322982	3,42	-	1,02	0
1	INEXIM(7)40MG B T28	3400935533951	6,23	-	1,02	0
1	POLERY AD SP 200 ML	3400930849316	Ordo: 225563 2,00	-	1,02	0
1	LEUOTHYROX 150µg Cpr séc Piq PUC/	3400930066188	Ordo: 225564 2,77	-	1,02	0
1	TETRA COMP NT 7, 5X7,5 BTE 25	3156260018044	Ordo: 225565 3,67	-	0	0
1	PHYSIODOSE SERUM PHYS DOS 5ML40	3518646266638	2,90	-	0	0
1	VASELINE OFFICIN ALE COOPER POM 4	3400934372988	4,90	-	0	0
3	AUGMENTIN 16/125 MG AD SACHET 8	3400934450853	5,46	-	1,02	0
1	Honor. dispens. HC	Dus: 1	Ordo: 225567 0,31	-	0	0
1	Honor. dispens. HDR		0,51	-	0	0
1	Honor. dispens. HDE		3,57	-	0	0

MONTANT TOTAL : 64,70 **MONTANT AMO :** 0,00
MONTANT ANC : 0,00 **MONTANT ASSURE :** 64,70
Ces montants s'entendent, ayant application, le cas échéant,
de la franchise prévue à l'article L. 322-2 du code de la
sécurité sociale et indiquée sur le relevé de prestations.

INSEE: 0147205777
Télé: 7502808
75116 PARIS
37 AVENUE MARCEAU
FACULTÉ NUM. 211154
PHARMACEUTIQUE ANGLAIS-AMÉRICAINE
Fait. Num. : 30/03/2020
Date Fact. : 30/03/2020
Date Ord. : 30/03/2020
75116 PARIS
37 AVENUE MARCEAU
FACULTÉ NUM. : 211154
INSEE: 0147205777
Télé: 7502808
75016 PARIS
Malade: JABRI Mohamed
Code Dr: 6
Medecin: ALBERT -
Code Dr: 6
30/03/2020

Mercredi 01 avril 2020 à 14h00**JABRI Mohammed****Pr Sébastien ALBERT**

30/12/1944

ORL - Chirurgien de la face et du cou

Adresse et accès**Cabinet ORL - Clinique Hartmann**

Cabinet ORL - Clinique Hartmann

26 Boulevard Victor Hugo

92200 Neuilly-sur-Seine

01 80 88 30 20

Accès handicapé : Oui

Rez-de-chaussée

Autres informations : Rez-de-chaussée, à droite.

Moyens de paiement et remboursement

Moyens de paiement : Chèques, espèces et cartes bancaires.

Merci de vous munir de votre carte Vitale à jour et, si besoin, de votre carte de mutuelle ou de votre attestation de droits à jour.

Le praticien pratique le tiers-payant pour la partie sécurité sociale.