

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.

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.

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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 045928

ND: 32 33 2

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1303 Société : RAN

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : TABLI Ned

Date de naissance :

Adresse : Lotissement HANANE n°13 Califa

CHABLANCA

Tél. : 0663 05 18 00 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : Vendredi 23/03/2020

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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

numéro de facture (facultatif)

210967

date J J M M A A A A 23032020

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

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-AMERICAINE

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 PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom

ALBERT

raison sociale

identifiant

10000379999

n° de la structure

751497868

(AM, FINESS ou SIRET)

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)

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 loc	Date fin loc
PHN	3400934372988		1	4,90	4,90	VASELINE OFFICINALE CO					
PH7	3400934450853		3	5,46	16,38	AUGMENTIN 1G/125MG AD			M		
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					

insérer 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



joindre la prescription
sauf si renouvellement

N° 11389*05

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

numéro de facture (facultatif)

211254
date J J M M 30032020

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

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

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-AMERICAINE
37 AVENUE MARCEAU
75116 PARIS
752038208

RENOUVELLEMENT No 1

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom ALBERT
identifiant 10000379999

raison sociale
n° de la structure 751497868
(AM, FINESS ou SIRET)

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) 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
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

N° 11389*05

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

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

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

37 AVE MARCEAU 75116 paris

PHARMACIE ANGLO-AMERICAINE
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 PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom ALBERT
identifiant 10000379999

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

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

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 loc	Date fin loc
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 RATI 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

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

signature du pharmacien
ou du fournisseursignature 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.



CENTRE ORL MAILLOT
CHIRURGIE DU
COU ET DE LA FACE



Centres Médico Chirurgicaux
Ambroise Paré, Pierre Cherest, Hartmann

Professeur Sébastien ALBERT

CHIRURGIEN CERVICO-FACIAL, ORL

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

ANCIEN PRATICIEN HOSPITALIER DES HOPITAUX DE PARIS

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

Exemplaire à conserver

Médecin membre d'une association agréée par l'administration fiscale acceptant à ce titre le règlement des honoraires par carte bancaire ou chèques libellés à mon nom

Fact. Num. : 210968
Date Fact. : 23/03/2020
Date Ord. : 23/03/2020
BERT

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 RATI 50 MG CPR BT 30	3400935322982	3,42	-	1,02	0
1	INEXIUM(7)40MG B T28	3400935533951	Ordo: 225562 6,23	-	1,02	0
1	POLERY AD SP 200 ML	3400930849316	Ordo: 225563 2,00	-	1,02	0
1	LEVOTHYROX 150µg Cpr séc P1q PUC/	3400930066188	Ordo: 225564 2,77	-	1,02	0
1	TETRA COMP NT 7, 5X7,5 BTE 25	3156260018044	Ordo: 225565 3,67	-		0
1	PHYSIDOSE SERUM PHYS DOS 5ML40	3518646266638	2,90	-		0
1	VASELINE OFFICIN ALE COOPER POM 4	3400934372988	4,90	-		0
3	AUGMENTIN 1G/125 MG AD SACHET 8	3400934450853	5,46	-	1,02	0
1	Honor. dispens. HC	Dus; 1 Ordo: 225567 0,31	-		0	
1	Honor. dispens. HDR		0,51	-		0
1	Honor. dispens. HDE		3,57	-		0

MONTANT TOTAL : 64,70 MONTANT AMO : 0,00
MONTANT AMC : 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.

RENOUVELLEMENT No. 1		DATE DESIGNATION		CIP		PRIV/U BaseSS HD 1xSS	
752038208	INSEE:	75016 PARIS	Malade: JABRI Mohamed	Medecin: ALBERT	Code Op: 6	75016 PARIS	
75116 PARIS	Tel : 0147205737						
37 AVENUE MARCEAU							
PHARMACIE ANGLO-AMERICAINE							
Fact. Num. :	30/03/2020	Fact. Fact. :	30/03/2020	Date Ord. :	30/03/2020	21254	

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

Rez-de-chaussée

Accès handicapé : Oui

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.