

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

ditions 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.

tique :

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 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 caractére personnel.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1303

Société :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : JABRI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0663051857

Total des frais engagés Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : Vendredi 30 Mars 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.

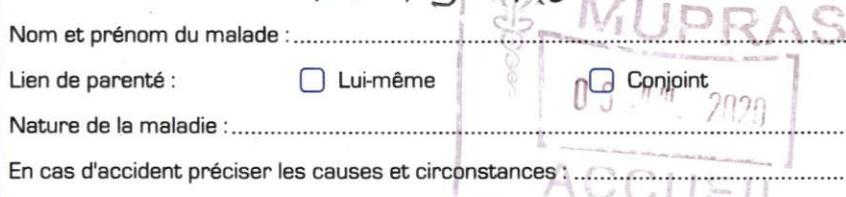
Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

**MUPRAS
RECEPTIONS**

Visite 30 Mars 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, 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 renouvellement**feuille de soins
pharmacien ou fournisseur**

numéro de facture (facultatif)

211253

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 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 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

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**

37 AVE MARCEAU 75116 paris

IDENTIFICATION de la STRUCTUREPHARMACIE ANGLO-AMERICAINE
37 AVENUE MARCEAU
75116 PARIS
752038208**PHARMACIEN REMPLACANT**

nom et prénom

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

identifiant

IDENTIFICATION du PRESCRIPEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom ABITBOL Jean

raison sociale

identifiant 10000230952

n° de la structure
(AM, FINES ou SIRET) 751376401**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 M A A A A

AT/MP	numéro					ou		date	J J M 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 Mod. Indic.	Date presc Subst.	Debut loc Date fin loc
PHN	3400930470312		1	9,90	9,90	HEC POM NAS ET DERM T/			
PH7	3400935533432		2	6,23	12,46	INEXIUM(8)20MG BT28			U
HD7			2	1,02	2,04	Honor. dispens. HD7			
PH4	3400930849316		2	2,00	4,00	POLERY AD SP 200ML			
HD4			2	1,02	2,04	Honor. dispens. HD4			
PH7	3400931358589		4	20,42	81,68	PYOSTACINE 500 BTE DE			
HD7			4	1,02	4,08	Honor. dispens. HD7			
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

PAIEMENTMONTANT TOTAL
en euros

1 2 0 , 2 8

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.

Docteur Jean ABITBOL

Chevalier de la Légion d'Honneur

Ancien Interne - Ancien Chef de Clinique Assistant des Hôpitaux à la Faculté de Médecine de Paris

Oto-Rhino-Laryngologue - Phoniatre - Chirurgie Cervico-Faciale

Professeur Adjoint ORL Drexel University College of Medicine of Pennsylvania Philadelphia-USA

Membre de la Société Française d'ORL et de Phoniatrie

Fellow of the Royal Society of Medicine (U.K.)

Corresponding Member of the American Academy of Otolaryngology - Head and Neck Surgery Foundation

Active membership of the American Laryngological Association

Active membership of the American Broncho-Esophagological Association

Scientific Advisory Board of the International Association of Phono-Surgery

Scientific Advisory Board of the International Society for Laser Surgery and Medicine

Board of Director et Scientific Advisory Board of the Voice Foundation

75 1 37640 1

1 Rue Largilliére-75016 PARIS-FRANCE

TÉL 33 1 46 47 91 89 FAX 33 1 45 27 72 30

Paris, le lundi 30 mars 2020

Monsieur Mohamed JABRI

- HEC pommade : au coucher pendant 5 jours.
- JOSACINE 500: 2 le matin 2 le soir: avant le repas : pendant 2 semaines ou
- PYOSTACINE 500: 2 le matin 2 le soir: avant le repas pendant 2 semaines
- INEXIUM 20 mg: 1 le matin et 1 le soir 30 minutes avant le repas : pendant 1 mois.
- POLERY cuillère à soupe : 1 le matin 1 le soir pendant 2 semaines



PHARMACIE ANGLO-AMERICAINE
 37 AVENUE MARCEAU
 75116 PARIS
 752038208
 Tel : 0147205737
 INSEE:
 Fact. Num. : 211251
 Date Fact. : 30/03/2020
 Medecin: ARBITOL Jean
 Code Op: 6
 Malade: JABRI Mohamed
 75016 PARIS

QTE	DESIGNATION	CIP	Prix/U	BaseSS	HD	TxSS
1	HEC POM NAS ET D	3400930470312	9,90	-	0	
	ERM T/256					
2	INEXIUM(8)20MG B	3400935533432	6,23	-	1,02	0
	T28	Ordo: 225862				
2	POLERY AD SP 200	3400930849316	2,00	-	1,02	0
	ML	Ordo: 225863				
4	PYOSTACINE 500 B	3400931358589	20,42	-	1,02	0
	TE DE 16	Ordo: 225864				
1	Honor. dispens.		0,51	-	0	
	HDR					
1	Honor. dispens.		3,57	-	0	
	HDE					

MONTANT TOTAL : 120,28 MONTANT AMO : 0,00
 MONTANT AMC : 0,00 MONTANT ASSURE : 120,28
 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.

PHARMACIE ANGLO-AMERICAINE
 37 AVENUE MARCEAU
 75116 PARIS
 Fact. Num. : 211251
 Date Fact. : 30/03/2020
 Medecin: ARBITOL Jean
 Code Op: 6
 Malade: JABRI Mohamed
 INSEE: 0147205737
 Tel : 0147205737
 752038208
 37 AVENUE MARCEAU
 Date Ord. : 30/03/2020
 75016 PARIS

QTE	DESIGNATION	CIP	Prix/U	BaseSS	HD	TxSS
1	HEC POM NAS ET D	3400930470312	9,90	-	0	
	ERM T/256	Ordo: 225861				
3	JOSACINE 500MG C	3400932206923	10,96	-	1,02	0
	RF 20	Ordo: 225863				
2	INEXIUM(8)20MG B	3400935533432	6,23	-	1,02	0
	T28	Ordo: 225862				
2	POLERY AD SP 200	3400930849316	2,00	-	1,02	0
	ML	Ordo: 225863				
1	Honor. dispens.		0,51	-	0	
	HDR					
1	Honor. dispens.		3,57	-	0	
	HDE					

Ces montants s'entendent avant 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.