

# 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

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- 045929 (2)

ND: 32335

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1303 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) Autre :  
Nom & Prénom : JABRI  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : 0663051809 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : Ven 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) :

### RELEVÉ 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 - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

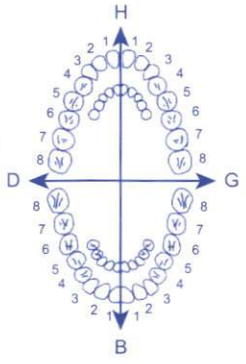
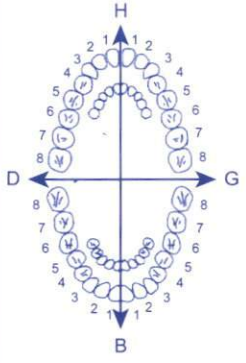
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ 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 canaux, 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		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>             H              25533412              00000000              D           </div> <div>             21433552              00000000              00000000              35533411              B           </div> <div>             G              11433553           </div> </div>			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





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)

211253  
date J J M M A A 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 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

## 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

ABITBOL Jean

raison sociale

identifiant

10000230952

n° de la structure

751376401

(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 1

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 "a"  
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 1

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A 1

## PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée

Prest	CIP/Ref.LPP(ut)	Homeo Decon- c.lab dition.	Qty	PU	Mt Fact	Libelle	Nb btes utili.	Mod. presc	Indic. Subst.	Date debut	Date fin
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  
eller les étiquettes de la liste  
les produits et prestations  
dans l'ordre de la prescription

## PAIEMENT

MONTANT 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-Laryngologiste - Phonnatre - Chirurgie Cervico-Faciale  
Professeur Adjoint ORL Drexel University College of Medicine of Pennsylvania Philadelphia-USA*

*Membre de la Société Française d'ORL et de Phonnatrie  
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 Largillière-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 Fact. Num. : 211253  
 37 AVENUE MARCEAU Date Fact. : 30/03/2020  
 75116 PARIS Date Ord. : 30/03/2020  
 752038208 Medecin: ABITBOL Jean  
 Tel : 0147205737 Code Op: 6  
 INSEE: Malade: JABRI Mohamed  
 75016 PARIS

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

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

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

QTE	DESIGNATION	CIP	Prix/U	BaseSS	HD	TxSS
1	HEC POM NAS ET D ERM 1/256	3400930470312	9,90	-		0
3	JOSACINE 500MG C PR 20	3400932206423	10,96	-	1,02	0
2	INEXIUM(8)20MG B T28	3400935533432	6,23	-	1,02	0
2	POLERY AD SP 200 ML	3400930849316	2,00	-	1,02	0
1	Honor. dispens. HDR		0,51	-		0
1	Honor. dispens. HDE		3,57	-		0
MONTANT TOTAL :			70,46			
MONTANT AMC :			0,00			
MONTANT ASSURE :			70,46			

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.