

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

Informations 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.

Entitaire :

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.



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 - 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

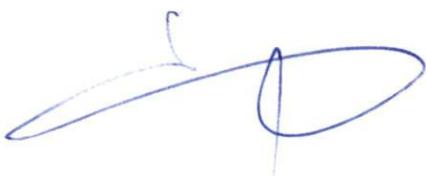
1 Rue Largilliére-75016 PARIS-FRANCE

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

Paris, le jeudi 28 mai 2020

Monsieur Mohamed JABRI

- INEXIUM20 mg: 1 le matin et 1 le soir 30 minutes avant le repas : pendant 1 mois.
- GAVISCON : 1 Sachet-dose de 10 ml après le repas 1 le matin 1 le soir pendant 1 mois.
- POLERY cuillère à soupe : 1 le matin pendant 1 mois.
- JOSACINE 500: 1 le matin avant le repas pendant 1 mois.



QTE	DESIGNATION	CIP	Prév/Unité	BaseSS	HT	TSS	Fact. Num. :	Date Fact. :	Date Ord. :
2	INEXIUM 20MG CPR	340093553432		6,23	5,03	1,02	16904	06/06/2020	28/05/2020
BT 28			Ordo: 175814						
3	GAVISCONELL Susp buv MENT'S SUCRE	3400933851767	11,50	-	0				
3	POLERY SIR AD SS	340093985869	2,00	-	1,02	0			
2	SUC FL 200ML	Ordo: 175815							
2	JOSACINE 500 CPR	3400932306923	10,96	-	1,02	0			
1	Honor. dispens.	Ordo: 175816	0,51	-	0				
1	Honor. dispens.	HDR	3,57	-	0				
	MONTANT TOTAL :	86,10							
	MONTANT AMG :	0,00							
	des montants s'entendent avant application de la franchise prévue à l'article L.322-2 du code de la sécurité sociale et indiquée sur le relevé de prestations.								
	MONTANT AMG :	0,00							
	MONTANT ASSURÉ :	86,10							

PHARMACIE MARCEAU
Christophe MIGNON
7, Avenue Marceau - 75116 PARIS
Tél. : 01.47.20.83.52 - Fax : 01.47.20.31.90
7 5 2 0 3 9 9 7 4

PHARMACIE MARCEAU
7, avenue MARCEAU
75116 PARIS
752039974
Medecin: ABITBOL Jean
Code Op: 1
Malade: JABRI Mohamed
75116 PARIS

Fact. Num. : 16904
Date Fact. : 06/06/2020
Date Ord. : 28/05/2020



N° 11389*05

joindre la prescription
sauf si renouvellement**feuille de soins
pharmacien ou fournisseur**

numéro de facture (facultatif)

169404

06062020

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

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)

24 av marceau 75116 PARIS

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

MIGNON Christophe

10000648963

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

PHARMACIE MARCEAU
7, avenue MARCEAU
75116 PARIS
752039974**IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce**

nom et prénom ABITBOL Jean

identifiant 10000230952

raison sociale

751376401

n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET)**CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS**

date de la prescription médicale 28052020

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 Mod. Indic. Date Date utili. presc Subst. debut loc fin loc
			2	5,03	12,46	INEXIUM 20MG CPR BT 28	N
PH7	3400935533432		2	1,02	2,04	Honor. dispens. HD7	
HD7			3	11,50	34,50	GAVISCONELL Susp buv m	
PHN	3400933851767		3	2,00	6,00	POLERY SIR AD SS SUC F	
PH4	3400939845869		3	1,02	3,06	Honor. dispens. HD4	
HD4			2	10,96	21,92	JOSACINE 500 CPR 20	
PH7	3400932306923		2	1,02	2,04	Honor. dispens. HD7	
HD7			1	0,51	0,51	Honor. dispens. HDR	
HDR			1	3,57	3,57	Honor. dispens. HDE	
HDE							

primer 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**

8 6 , 1 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

MIGNON Christophe

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 8 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.

P19-045932

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

Board of Directors of Colerain Advisory Board of the Vicksburg Foundation

751376401

1 Rue Largillière-75016 PARIS-FRANCE

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

Paris, le mercredi 13 mai 2020

Monsieur Mohamed JABRI

- INEXIUM 40 mg: 1 le matin et 1 le soir 30 minutes avant le repas : pendant 1 mois.
 - GAVISCON : 1 Sachet-dose de 10 ml après le repas 1 le matin 1 le soir pendant 1 mois.
 - POLERY cuillère à soupe : 1 le matin 1 le soir pendant 2 semaines

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)
75116 PARIS

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

MIGNON Christophe

10000648963

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

PHARMACIE MARCEAU
7, avenue MARCEAU
75116 PARIS
752039974

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom ABITBOL Jean

identifiant 10000230952

raison sociale

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

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale 13052020

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

ou

date

J J M M 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. utili.	Indic. presc	Date Subst. debut loc	Date fin loc
		PH7	3400935533951		c.lab dition.	2	5,03	12,46	INEXIUM 40MG CPR BT 28				N
		HD7				2	1,02	2,04	Honor. dispens. HD7				
		PH2	3400933095253			3	2,02	6,06	GAVISCON SUSP BUV SAC				
		HD2				3	1,02	3,06	Honor. dispens. HD2	imprimer les codes à barres			
		PH4	3400939845869			2	2,00	4,00	POLERY SIR AD SS SUC F				
		HD4				2	1,02	2,04	Honor. dispens. HD4	coller les étiquettes de la liste			
		HDR				1	0,51	0,51	Honor. dispens. HDR	des produits et prestations			

dans l'ordre de la prescription

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros

3 0 , 1 7

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

MIGNON Christophe

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 8 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

P19-045932

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

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

Professeur 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

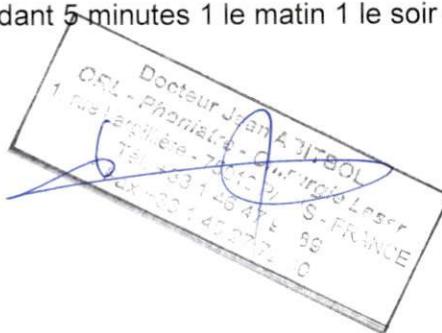
TÉL 33 1 46 47 91 89 FAX 33 1 45 27 72 30

Paris, le lundi 20 avril 2020

13/04/2020

Monsieur Mohamed JABRI

- HEC pommade : au coucher pendant 5 jours
- JOSACINE 500: 2 le matin : avant le repas : pendant 2 semaines ou
- PYOSTACINE 500: 2 le matin avant le repas pendant 2 semaines
- PADERYL 19,5mg comprimés : 1 le matin 1 le soir avant le repas
- 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
- VAPEUR D'EAU CHAUDE EN INHALATION SIMPLE : FAIRE DES SONS BOUCHE FERMEE avec différentes fréquences pendant 5 minutes 1 le matin 1 le soir en inhalation dans un inhalateur :



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 guerreR19 -005932
212304
date 20042020

PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)

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)

27 AV MARCEAU 75016 PARIS

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

37 AVE MARCEAU 75116 paris

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

PHARMACIE ANGLO-AMERICAINE
37 AVENUE MARCEAU
75116 PARIS
752038208

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom ABITBOL Jean
identifiant 10000230952

raison sociale

n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET) 751376401

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale 20042020 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-	Qte	PU	Mt Fact	Libelle	Nb btes	Mod.	Indic.	Date	Date
			c. lab	dition.				utili.	presc	Subst.	debut	fin loc
PHN	3400930470312			1	9,90	9,90	HEC POM NAS ET DERM T/					
PH7	3400931358589			2	20,42	40,84	PYOSTACINE 500 BTE DE					
HD7				2	1,02	2,04	Honor. dispens. HD7					
PH4	3400930775981			1	1,87	1,87	PADERYL 19,5MG CPR 20					
HD4				1	1,02	1,02	Honor. dispens. HD4					
PH7	3400935533432			1	5,03	6,23	INEXIUM(8)20MG BT28					
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					
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

70,02

Pharmacie Anglo-Américaine

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire Docteur Chloé COHEN l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du pharmacien
ou du fournisseur13 AVR 2014
37 AVE MARCEAU 75116 paris

37 avenue Marceau - 75116 Paris

signature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de faute délibérée ou dolosa de l'assuré(e) ou de l'organisme de remboursement 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.