

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

### 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

- 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.

**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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

**EURO**  
Déclaration de Maladie

N° P19-

045932

ND: 32337

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1303

Société : RAN

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : TABRI Rohanmed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0663 05 18 00

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

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) :

## Chevalier de la Légion d'Honneur

*Membre de la Société Française d'ORL et de Phoniatrye*  
*Fellow of the Royal Society of Medicine (U.K.)*


*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*

1 Rue Largillière-75016 PARIS-FRANCE

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

**PHARMACIE MARCEAU**  
**Christophe MIGNON**  
7, Avenue Marceau - 75116 PARIS  
Tél. : 01.47.20.83.52 - Fax : 01.47.20.31.90  
752039974

- 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	Prix/Unité	BaseSS	HD	TASS
2	INEXIUM 20MG CPR	34009355353432	6,23	5,03	1,02	0
3	GAUSCONELL Susp	3400933681767	11,50			0
3	POLERY SIR AD SS	34009398453869	2,00		1,02	0
2	JOSACLINE 500 CPR	3400932306923	10,96		1,02	0
1	Honor. dispens.	Ordo: 175816				0
1	HOR	Ordo: 0,51				0
1	Honor. dispens.					0
1	HDE					0
MONTANT TOTAL : 86,10			MONTANT AMO : 0,00			
MONTANT AMC : 0,00			MONTANT ASSURE : 86,10			

Ces montants s'entendent ayant appliqué l'art. 322-2 du code de la franchise prévus à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale et imputée sur le relevé de prestations.

Fact. Num. : 169404  
Date Fact. : 06/06/2020  
Date Ord. : 28/05/2020

Pharmacie MARCEAU  
71 avenue MARCEAU  
75116 PARIS  
Tel : 0147208352  
INSEE :  
24 av marceau

Médecin: ABITBOL Jean  
Code Op: 1  
Malade: JABRI Mohamed  
75116 PARIS





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)

169404

date

J J M M A A

06062020

## 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

**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)

24 av marceau 75116 PARIS

## IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

MIGNON Christophe

10000648963

## PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

## IDENTIFICATION de la STRUCTURE

PHARMACIE MARCEAU

7, avenue MARCEAU

75116 PARIS

752039974

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé

## 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

28052020

date de l'accord préalable (le cas échéant)

J J M M A A

XX **MALADIE** (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

**SOINS** dispensés au titre de l'art. L. 212-1  
(cf. la notice au verso : § précédé de "a")  
et les recommandations importantes)

accident causé par un tiers : non XX

oui

date

J J M M A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M 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	3400935533432		2	5,03	12,46	INEXIUM 20MG CPR BT 28			N		
HD7			2	1,02	2,04	Honor. dispens. HD7					
PHN	3400933851767		3	11,50	34,50	GAVISCONELL Susp buv m					
PH4	3400939845869		3	2,00	6,00	POLERY SIR AD SS SUC F					
HD4			3	1,02	3,06	Honor. dispens. HD4					
PH7	3400932306923		2	10,96	21,92	JOSACINE 500 CPR 20					
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  
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 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.

119-045932

**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-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 mercredi 13 mai 2020

**Monsieur Mohamed JABRI**

- INEXIUM40 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



Pharmacie MARCEAU  
75116 PARIS  
Tél : 01 47 20 93 52  
INSEE :  
Code Qd : 4  
Médicament : ABITBOL Jean  
Date Exp : 13/05/2020  
Date Fact : 14/05/2020  
168521

OTÉ DESIGNATION CIP PRIX/UNITÉ  
2 INEXIUM 40MG CPM 3400935333951 6,23 5,03 1,02 0  
3 GAVISCON SUSP BU 34009330095253 2,02 1,02 0  
1 POLERY 500ML 3400939845849 2,00 1,02 0  
1 POLERY 500ML 3400939845849 2,00 1,02 0  
MONTANT TOTAL : 27,15  
MONTANT AMO : 0,00  
MONTANT ASSURE : 27,15  
Les montants s'entendent avant application des codes de réduction  
de la franchise prévue à l'article L. 362-2 du Code de la  
Sécurité Sociale et toujours sur le relevé de prestations.



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

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

PHARMACIE MARCEAU  
7, avenue MARCEAU  
75116 PARIS  
752039974

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom ABITBOL Jean  
identifiant 10000230952

raison sociale  
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 13052020 A A A A A A 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

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	3400935533951		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					
PH4	3400939845869		2	2,00	4,00	POLERY SIR AD SS SUC F					
HD4			2	1,02	2,04	Honor. dispens. HD4					
HDR			1	0,51	0,51	Honor. dispens. HDR					

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

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



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-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

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

Paris, le lundi 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 :

Docteur Jean ABITBOL  
ORL - Phonnatre - Chirurgie Laser  
1 Rue Largillière - 75016 Paris - France  
Tél : 33 1 46 47 91 89  
Fax : 33 1 45 27 72 30

Pharmacie Anglo-Américaine  
Docteur Chloé COHEN  
13 AVR. 2020  
37 avenue Marceau - 75116 Paris  
Tél : 01 47 20 57 37 - Fax : 01 49 52 07 37  
N° 752038208





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)

1919-005932  
212304

date J J M A A A 20042020

## 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)

27 AV MARCEAU 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

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)

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 "a")  
et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non

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	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					

## PAIEMENT

MONTANT TOTAL

7 0 , 0 2

Pharmacie Anglo-Americaine

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 fournisseur

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 fausse déclaration est passible de peines de prison, 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.