

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## aire :

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.

## die 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

Nº P19-0028661

ND: 3568

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4835 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : SAID BRIBER

Date de naissance : 03/03/1957

Adresse :

Tél. 06 66 18 87 48 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/01/2020

Nom et prénom du malade : ZEINRAO Saadia Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : DMID + Depenin -

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) :

## 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
24/01/2020				

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMERIA PHARMACIE TRINCA 55, rue Marcheron 78150 VANVES - Tél : 01 46 42 03 81	22/2/20	25.08 €

## **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	

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de

PC:03400930448021

SN:

EXP 17770481577

Let 08/2024

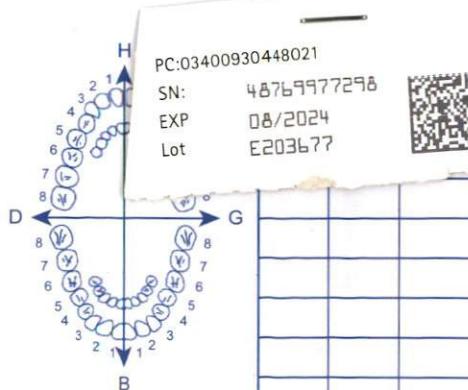
E203672

100



## SOINS DENTAIRES

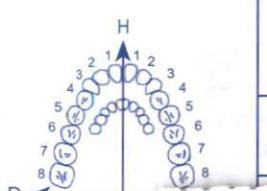
	Traitees	Sous



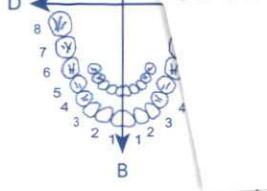
O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
000000000	000000000
000000000	000000000
25533411	11433553



### **[Création, remont, adjonction]**



EXP 08/2024  
SN: 48814517991  
Lot 1023677

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU Dr. Sulphuride &

# ORDONNANCE

Cachet du médecin

A .... CASA .. Le 21/01/2020

HARMACIE  
55, rue Marcheron  
2170 VANVES - 92 2 01745  
Tél. : 01 46 42 03 81



- Glucophage 800

- 1 cp le soir

Traitement de 03 mois

Sulpiride 40

- 1 cp le soir

Traitement de 03 mois



PHARMACIE TRINCAL  
TRINCAL

55 RUE RAYMOND MARCHERON  
92170 VANVES  
Tel : 01-46-42-03-81  
Fax : 09-70-29-50-18

ZERRAD SAADIA  
N° Caisse : 92 2 01745 4  
Opérateur : FJ

Code S Qte Designation  
Ordon.

Facture 221232 du 22/02/2020

Délivrance du 22/02/2020

\*Non Sécurisé\*

MEDECIN FICTIF

351999966

Ordo du 22/02/2020

				Act	Punit	Base R	Hono.	TxRo
3400930448021	N	3	GLUCOPHAGE CPR 850MG30	PH7	2,64	2,06	1,02	000
375441								
3400935153609	N	3	SULPIRIDE 50MG MYLAN GELU PH4		2,32	2,32	1,02	000
375442								
HDR	N	1	Honoraire medicament remb	HDR	0,51	0,51	0,00	000
HDE	N	1	Honoraire medicament spec	HDE	3,57	3,57	0,00	000
Total	25,08	Total RO	0,00	Total RC	0,00	Total Assure	25,08	

**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 )

2 2 1 2 3 2  
date 2 2 0 2 2 0 2 0**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

**ZERRAD SAADIA**

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage ( facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

/ / J M M A A A A

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

**ZERRAD SAADIA**

(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)**

13 RUE DE CHATILLON 92170 VANEVS

**IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR****IDENTIFICATION de la STRUCTURE****TRINCAL****N°RPPS**

=&gt; 922117718

**PHARMACIEN REMPLACANT**

nom et prénom

identifiant

**PHARMACIE TRINCAL**

55 RUE RAYMOND MARCHERON

92170 VANVES

=&gt; 92 2 01745 4

OP : FJ

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé**IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce**

nom et prénom

**MEDECIN FICTIF**

identifiant

raison sociale

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

3 5 1 9 9 9 9 6 6

**CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS**

date de la prescription médicale

2 2 0 2 2 0 2 0

NORMAL 10/0

date de l'accord préalable (le cas échéant)

/ / J J M M A A A A

 **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 conformé 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	Code acte CIP / Ref LPP	Homéo	Top	Qté	PU	Mt factu.	Libellé	Nbre btes Mod	Indic.	Date déb loc	Date fin loc
		code labo	déconditionné	délivrée				Util.	Substi.		
	PH7 3400930448021	4		3	2,64	7,92	GLUCOPHAGE CP				
	HD7			3	1,02	3,06	HONORAIRE DISP				
	PH4 3400935153609	2		3	2,32	6,96	SULPIRIDE 50MG				
	HD4			3	1,02	3,06	HONORAIRE DISP				
	HDR HDR			1	0,51	0,51	HONORAIRE MEDI				
	HDE HDE			1	3,57	3,57	HONORAIRE MEDI				

imprimer 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**

2 5 , 0 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**PHARMACIE TRINCAL**signature de  
l'assuré(e)**ZERRAD SAADIA**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.

PHARMACIE TRINCAL  
TRINCAL  
55 RUE RAYMOND MARCHERON  
92170 VANVES  
FRANCE

Siren 521209866

TVA intra FR86521209866

Code NAF 523AZ

Tel 01-46-42-03-81

Fax 09-70-29-50-18

E-mail pharmacie.trincal@gmail.com

Site Internet <http://www.synergiphar.fr/nos-pharmacies/pharmacie-trincal>

Finess 922017454

Ticket no 109321

FJ FJ

Le 22/02/2020 12:44:41 Caisse CC

Vente sur ordonnance

n° FSE 221232

60519 SAADIA ZERRAD

Code Produit	Qté	x Prix TTC	Mt T
GLUCOPHAGE CPR 850MG30			
3400930448021	3 x	3,66	10,
SULPIRIDE 50MG MYLAN GELULE 30			
3400935153609	3 x	3,34	10,
HONORAIRE HDR			
HDR	1 x	0,51	0,
HONORAIRE HDE			
HDE	1 x	3,57	3,
Total TTC en EUROS :			25,

Nombre d'articles : 6

Dont honoraires de dispensation : 10,

Mt HT	Taux	Mt TVA	Mt TTC
24,58	2,10	0,50	25,08

Règlement en CARTE BANCAIRE :

25,