

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W19-533185

ND 37543

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

01766

Société :

RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SEFFARA Ned Rachid

Date de naissance :

27 06 1953

Adresse :

5, lot Nezha Casablanca

Tél. :

0661639379

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

REÏDAERA fatna

Age: 67

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

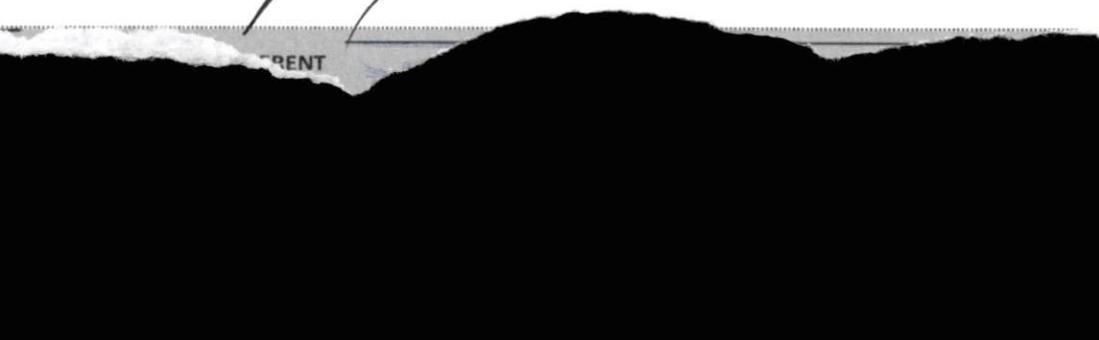
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Signature de l'adhérent(e):

Le : / /



feuille de soins
pharmacien ou fournisseur

numéro de facture (facultatif)

334332

date 16062020

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

BENDERRA

Fatna

(90130)

(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

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

Vd : 100

ADRESSE de L'ASSURE(E)

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

DR PINON-HEBERT STEPHANIE

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

PHARMAVANCE CONVENTION ST CHAR
55 Bis Rue de la Convention
75015 PARIS
75 2 03744 0

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

Tel: 0145775794

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom DURIEUX MEHLMAN

raison sociale

identifiant

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

751615592

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

16062020

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 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		
Code taison détaillée Acte	Code Cip/Lpp	Top Labo	Decond.	Qte	Base Rembt	Mt factu.	Libelle	Nb Btes	Mode Presc.	Indic. Substi.	Date Deb loc	Date Fin loc
PH4	34009 2682788 5			1	2,62	2,62	DICLOFENAC 1% SDZ GEL					
HD4				1	1,02	1,02	Honoraire de dispensat					
PH7	34009 3595583 8			1	1,16	1,16	DOLIPRANE 1000 MG BCP					
HD7				1	1,02	1,02	Honoraire de dispensat					
PA	201D02.5			1	19,30	19,30	MEDISPORT GENOUILL MAI					
HDR				1	0,51	0,51	HONORAIRES MEDICAMENT R					

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

25,63

Part ASS.: 25,63

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 fournisseurDR PINON-HEBERT STEPHANIE
Assureur 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.

feuille de soins - médecin

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale
Art. L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

numéro de facture (facultatif)

date J J M M A A A A A

1 6 0 6 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 médecin)

nom et prénom

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

numéro d'immatriculation

BENDERRA Fatna

date de naissance

J J M M A A A A

ASSURE(E) (à remplir si la personne accueillie est 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)

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le médecin)

IDENTIFICATION DU MEDECIN

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

DOCTEUR STEPHANIE DURIEUX-MEHLMAN

134 AVENUE EMILE ZOLA

14 RHUMATOLOGIE

CONVENTIONNE HONO. LIBRES

MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

75015 PARIS

=> 75 1 61559 2 0 3 31 0 14

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

 X

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 115
(cf. la notice au verso : § précédé de "§"
et les recommandations importantes)accident causé par un tiers : non

oui

date

J J M M A A A A

MATERNITE

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

J J M M A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous

nom et prénom du médecin :

(s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)

X Y

accès direct spécifique

urgence

hors résidence habituelle

médecin traitant remplacé

accès hors coordination

ACTES EFFECTUÉS

(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : J J M M A A A A)

dates des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSPY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	I	frais de déplacement		
							I.D. ② M.D.	I.K. nbre	montant ③
J 16062020			CS		9 0 0 0				
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)

9 0 0 0

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du médecin ayant effectué l'acte ou les actes

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, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L. 114-13 et L. 162-1-14 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 Stéphanie DURIEUX-MEHLMAN

Ancien Interne et Chef de Clinique Assistant
des Hôpitaux de Paris
Lauréat de la Faculté

RHUMATOLOGUE

Maladies des os et des articulations
Pathologies osseuses médicales

134 avenue Émile ZOLA
75015 PARIS
Tél.: 09 83 05 34 25

Paris, le 16/06/2020

Madame Fatna BENDERRA

VOLTARENÉ EMULGEL 1% GEL TUB 50G

1 application de 2,5 g 3 à 4 fois par jour en massage doux et prolongé pendant 1 à 14 jours.
Maximum 4 applications de 2,5 g par jour.
Se laver les mains après emploi. (enlever le gel 5 min)

DOLIPRANE 1 000MG CPR 8

1 comprimé 1 à 3 fois par jour selon besoin, en espaçant les prises de 4h minimum.
Maximum 3 comprimés par jour.
Avaler avec un peu d'eau, de lait ou jus de fruit.

GENOUILLERE ROTULIENNE

QSF 3 mois

Qte	P. unit	Cip	Désignation	Base	Hon.	Taux	Ordo
1	2,62	3400966827885	DICLOFENAC 1% SDZ GEL FL PR 100M	2,62	1,02	30%	
1	1,16	3400935955338	DOLIPRANE 1000 MG 8CP	1,16	1,02	65%	
1	19,30	3401096861280	MEDISPORT GENOUIL MAINTEN T4	19,30	0,00	60%	
			HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE	0,51		70%	
TOTAL GENERAL:		25,63	TOTAL ASSURE:	25,63			
TOTAL R.D.:							
TOTAL R.C.:							

COPIE CONFORME A L'ORIGINAL



N° AM
751615592



N° RPPS
10003973780

En cas d'urgence appeler le 15
Membre d'une association de gestion agréée, le règlement par chèque est accepté.