

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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

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 Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal 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° W19-513337

37651

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01766 Société : RAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : SEFFAR Ned Rachid

Date de naissance : 27-06-1953

Adresse : 5, Lot Nezha Casablanca

Tél. : 0661632379 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

25 AOUT 2020

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : SEFFAR Ned Rachid Age: 67

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.

Le : / /

Identification du prescripteur  
(nom, prénom et identifiant)

Regal

Identification de la structure

(raison sociale du cabinet, de l'établissement et n° AM, FINESS ou SIRET)

Identification du patient  
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)) (à compléter par le prescripteur)

M. SERRA Mohamed

n° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e))

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)  
(AFFECTION EXONÉRANTE)

Villejuif 4.06.2020

1. Doliprane 1g

1g toutes les 6 heures si douleurs pendant 15 jours.

2. Topalgic 50mg

1cp toutes les 8 heures si douleurs non soulagées par le doliprane pendant 15 jours.

3. Xanax 25mg

1cp matin midi et soir pendant 15 jours.

4. Tetracycline 500mg

2cp matin et soir pendant 3 mois

5. Xanax 25mg

1cp le soir au coucher si trouble du sommeil pendant 21 jrs

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée  
(MALADIES INTERCURRENTES)

6. Amlor 10mg

1cp le matin pendant 3 mois

7. Fleudex LP 1,5mg

1cp le matin pendant 3 mois.

8. Spasfon 80mg

2cp matin et soir pendant 15 jrs.  
midi

9. ANAREL 2mg

2mg 1 capsule par jour

Gustave Roussy Cancer Campus Grand Paris

Docteur Stéphane TEMAM

Département Cancérologie Cervico-Faciale

114 rue Edouard Vaillant

94805 Villejuif Cedex

Tél. 01 42 11 44 46

RPPS : 10001411346 - Etb 940160013 - Code 11



Facture no : 241882  
Malade :SEFFAR  
68687 Mohammed  
  
55 rue des Entrepreneurs  
75015 PARIS  
  
Medecin:TEMAM STEPHANE  
940000664

Qte	-----P.unit	Cip-----	Designation-----	Base-----	Hon.---	taux---	Ordo---
2	1,16	3400935955838	DOLIPRANE 1000 MG 8 CP SECABLES	1,16	1,02	65%	
1	3,42	3400930002278	TOPALGIC 50MG GELULE 30	3,42	1,02	65%	000362372
1	7,99	3400933016012	XATRAL CPR 2,5MG 30	7,99	1,02	30%	000362373
1	4,32	3400939717449	METFORMINE 500MG BGR CPR 90	4,32	1,02	65%	000362374
1	4,36	3400933313357	AMLOR 10MG 30CP	4,36	1,02	65%	000362375
0	2,14	3400930986080	SPASFLON CDRG 30	2,14	1,02	15%	
1	4,14	3400933827465	FLUXED LP 1,5MG CPR 30	4,14	1,02	65%	000362376
1	3,94	3400937092425	GLIMEPIRIDE 2MG BGR CPR 30	3,94	1,02	65%	000362377
1	1,65	3400932644551	XANAX CPR 0,50MG SECABL 30	1,65	1,02	65%	000362378
			HONORAIRE ORDONNANCE >4 LIGNES		0,31	100%	
			HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE		0,51	70%	
			HONORAIRE MEDICAMENT SPECIFIQUE		3,57	70%	

TOTAL GENERAL:	45,71	TOTAL ASSURE:	45,71
TOTAL R.O.:			
TOTAL R.C.:			

COPIE CONFORME A L'ORIGINAL

COPIE CONFORME A L'ORIGINAL

TOTAL GENERAL:	17,78
TOTAL R.O.:	17,78
TOTAL R.C.:	17,78

DESCRIPTION	QUANTITE	UNITE	PREVUE	REELISE	REMARQUE
HONORAIRES MEDICAMENT REMBOURSABLE	2,76	65%	000362546		
HONORAIRES MEDICAMENT SPECIFIQUE	0,51	70%			
HONORAIRES MEDICAMENT SPECIFIQUE	3,57	70%			

RENouvellement No.	1	CIP	Prix/U	BaseSS	HD	TSSS
01E	DESIGNATION					
2	GLIMEPIRIDE MYLA	3400937659215	10,94	-	2,76	0
N 2	MG / 90 CPS	Dus: 1	570815	-		
2	METFORMINE MYLAN	3400949126439	5,49	-	1,02	0
1000	MG / 90 CPS	Ordo:	570816	-		
2	AMLOG 10 MG / 90	3400937243889	12,22	-	2,76	0
CELULES		Ordo:	570817	-		
3	FLUXEX 1,5MG CPR	3400935781420	11,56	-	2,76	0
PELP FLO/90		Dus: 2	570818	-		
1	FUSIATE DE SODI	3400938742312	1,78	-	1,02	0
UM POMMELE / 15		Ordo:	570819	-		
1	MYCOSTER CREME D	3400932557462	2,72	-	1,02	0
ERMIDUE / 30 GR				-		
1	Honor. dispens.		0,31	-		0
HC				-		
1	Honor. dispens.		0,51	-		0
HDR				-		
1	Honor. dispens.		3,57	-		0
HDE				-		
MONTANT TOTAL :	124,27	MONTANT AMO :	0,00			
MONTANT AMC :	0,00	MONTANT ASSURE :	124,27			



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 SEFFAR Rachid  
(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)

55 r des entrepreneurs 75015 PARIS-15E-ARRONDISSEMENT

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

MR GABIRAULT .

PHARMACIE BEAUGRENELLE  
36B R. DES ENTREPRENEURS  
75015 PARIS  
752023416  
RENOUVELLEMENT No 1

10000042829  
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 MEDECIN Medecin

identifiant 10001510709

raison sociale HU PARIS OUEST S

n° de la structure  
(AM, FINES ou SIRET) 750803447

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale 04042020

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

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. Indic. presc Subst.	Date debut loc	Date fin loc
HDE			1	3,57	3,57	Honor. dispens. HDE				

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

1 2 0 , 5 3

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

MR GABIRAULT .

signature de  
l'assuré(e)

impossibilité  
de signer





joindre la prescription  
sauf si renouvellement

# 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)

495225

date J J M A A A 02052020A

## 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 **SEFFAR Rachid**  
(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)

55 r des entrepreneurs 75015 PARIS-15E-ARRONDISSEMENT

## IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

## IDENTIFICATION de la STRUCTURE

MR GABIRAULT .

10000042829

## PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

PHARMACIE BEAUGRENELLE  
36B R. DES ENTREPRENEURS  
75015 PARIS  
752023416  
RENOUVELLEMENT No 1

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé

## IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom **MEDECIN Medecin**

identifiant 10001510709

raison sociale **HU PARIS OUEST S**

n° de la structure 750803447  
(AM, FINISS ou SIRET)

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

date de la prescription médicale 04042020 A A A A A A date de l'accord préalable (le cas échéant) J J M M A A 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 XX

oui

date J J M M A A A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A 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	Date fin
PH7	3400937659215		2	10,94	21,88	GLIMEPIRIDE MYLAN 2 MG					
HG7			2	2,76	5,52	Honor. dispens. HG7					
PH7	3400949126439		2	5,49	10,98	METFORMINE MYLAN 1000					
HD7			2	1,02	2,04	Honor. dispens. HD7					
PH7	3400937243889		2	12,22	24,44	AMLOR 10 MG / 90 GELUL					
HG7			2	2,76	5,52	Honor. dispens. HG7					
PH7	3400935781420		3	11,56	34,68	FLUDEX 1,5MG CPR PELP					
HG7			3	2,76	8,28	Honor. dispens. HG7					
PH4	3400938742312		1	1,78	1,78	FUSIDATE DE SODIUM POM					
HD4			1	1,02	1,02	Honor. dispens. HD4					
HC			1	0,31	0,31	Honor. dispens. HC					
HDR			1	0,51	0,51	Honor. dispens. HDR					

## PAIEMENT

**MONTANT TOTAL**  
en euros

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

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.