

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-513337

37651

en

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 01766	Société : RAN		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : SEFFAR ned Radouf	
Nom & Prénom : SEFFAR ned Radouf			
Date de naissance : 27-06-1953			
Adresse : 51 lot Nezha Casablanca			
Tél. : 0661632379	Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 25 AOUT 2020			
Nom et prénom du malade : ACCUEIL ned Radouf			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 : 11/11/2020

## Ordonnance bizone

Articles L. 322-3, 3° et 4°, L. 324-1 et R. 161-45 du Code de la sécurité sociale.

Identification du prescripteur  
(nom, prénom et identifiant)

Regal

Identification de la structure  
(raison sociale du cabinet, de l'établissement 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)ne Serrah R 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 50 mg

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

3. Laxial 2,5 mg

1cp matin midi et soir pendant 15 jours.

4. Tetrahexine 500 mg

1cp matin et soir pendant 3 mois

5. Xanax 0,5 mg

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

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée

(MALADIES INTERCURRENTES)

6. Amilor 10 mg

1cp le matin pendant 3 mois

7. Fludex LP 115 mg

1cp le matin pendant 3 mois.

8. Spasfau 80 mg2cp matin et soir pendant 15 jours.  
midi9. ANAREL 2 mg

2 mg à la prise pour 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



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, 441-1 et 441-6 du Code pénal, article L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

GRANDE PHARMACIE DU 15<sup>EME</sup>  
MORISSEAU Philippe  
75 2 04069 1  
119 RUE SAINT CHARLES  
75015 PARIS  
Tel: 0145778846  
Ordonnance: 06/04/20  
Livraison: 06/04/20  
Vendeur: YA

Facture no : 241882  
Malade : SEFFAR  
68687 Mohammed  
  
55 rue des Entrepreneurs  
75015 PARIS  
  
Medecin:TEMAN 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	SPASFON CDRG 30	2,14	1,02	15%	
1 4,14 3400933827465	FLUDEX 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.:

CPIE CONFORME A L'ORIGINAL

COPIE CONFIRMÉE À L'ORIGINALE

**TOTAL R.C.**

**TOTAL R.O.:**

TOTAL GENERAL: 17,78 TOTAL ASSURE: 17,78

UNIVERSITÄT MÜNCHEN SPEZIFIQUE

70% 25.5%

202 15<sup>th</sup>

1 10,94 3400937189620 GLIMETRIDE 2MG BFR CFR 90  
10,94 3400937189620 GLIMETRIDE 2MG BFR CFR 90

base---Hon.---tax---USA

940000664

MAY 1982

Medecin: EMMANUELLE

07/07/10 3:24 PM (ATTACHMENT)

5 / [View all posts](#)

REVIEW ARTICLE

#### REFERENCES AND NOTES

119 RUE SAINT CHARLES

ESTIMATES

Exhibit no. 242011

12 - GRANDE PHARMACIE DU 15 JUILLET

**PHARMACE BEAUGREVILLE**  
**36 B R. DES ENTREPRENEURS**  
**75015 PARIS**  
**Tel : 01452346**  
**INSEE : 0145781571**  
**55 r des entrepreneurs**  
**75015 PARIS-15E-ARRONDISSEMENT**

## 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

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)

55 r des entrepreneurs 75015 PARIS-15E-ARRONDISSEMENT

## IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

## IDENTIFICATION de la STRUCTURE

MR GABIRIAULT

10000042829

## PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

PHARMACIE BEAUGRENELLE  
36B R. DES ENTREPRENEURS  
75015 PARIS  
752023416  
RENOUVELLEMENT N° 1dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé

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

nom et prénom MEDECIN Medecin

raison sociale HU PARIS OUEST S

identifiant 10001510709

n° de la structure 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) 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

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	loc
HDE					1	3,57		3,57	Honor. dispense. 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 GABIRIAULT .

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.



joindre la prescription  
sauf si renouvellement

N° 11389

# 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 02052020

## 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 GABIRIAULT .

10000042829

### PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

PHARMACIE BEAUGRENELLE  
36B R. DES ENTREPRENEURS  
75015 PARIS  
752023416  
RENOUVELLEMENT N° 1

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé

### IDENTIFICATION du PRESCRIPEUR 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 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	loc
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.