

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

<input type="checkbox"/> Réclamation	: contact@mupras.com
<input type="checkbox"/> Prise en charge	: pec@mupras.com
<input type="checkbox"/> 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° W19-485492

37650

en

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

01766

Société :

RAJ

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Ned Rachid

Nom & Prénom :

SEFFAAR

Date de naissance :

27-06-1953

Adresse :

5, lot Nezha Casablanca

Tél. :

06 61632379

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

SEFFAAR Ned Rachid

Age: 62

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'�médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. J'avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Le : 11/08/2020

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

feuille de soins
pharmacien ou fournisseur

numéro de facture (facultatif)

495561

date J J M 06052020A

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)

nom et prénom

SEFFAR Mohammed

(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)

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

MR GABIRIAULT

10000042829

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

PHARMACIE BEAUGRENELLE
36B R. DES ENTREPRENEURS
75015 PARIS
752023416

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom INTERNE INST GUSTAVE

identifiant

raison sociale INST GUSTAVE ROU
n° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) 940160013

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale 05052020

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 : § précédent 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

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
PH4	3400931499787				1	1,83		1,83	BETADINE SOL EXTERNE J					
HD4					1	1,02		1,02	Honor. dispens. HD4					
PH4	3400930108611				1	1,67		1,67	BETADINE SOL EXTERNE R					
HD4					1	1,02		1,02	Honor. dispens. HD4					
PH7	3400930578452				3	2,36		7,08	SOD LAVOI ISO CHL 9%					
HD7					3	1,02		3,06	Honor. dispens. HD7					
PH7	3400930004241				28	1,64		45,92	CHL SOD LVS 0,9% S in					
HD7					28	1,02		28,56	Honor. dispens. HD7					
PH7	3400930004289				7	2,71		18,97	CHL SOD LVS 0,9% S in					
HD7					7	1,02		7,14	Honor. dispens. HD7					
PH7	3400930861660				1	4,34		4,34	PRIMPERAN 10MG A INJ B					
HD7					1	1,02		1,02	Honor. dispens. HD7					

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

, , , ,

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

D. GABIRIAULT

36 bis, rue des Entrepreneurs
75015 PARIS Tel. 01 45 78 15 71signature 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
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

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 Mohammed

(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)

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

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

MR GABIRIAULT .

10000042829

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

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

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom INTERNE INST GUSTAVE

identifiant

raison sociale INST GUSTAVE ROU
n° de la structure (AM, FINES ou SIRET) 940160013

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale 05052020

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

ou J J M M A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

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	fin loc
HC					1	0,31		0,31	Honor. dispens. HC					
HDR					1	0,51		0,51	Honor. dispens. HDR					

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 2 , 4 5

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire **NON POURCENTAGE** l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentairesignature du pharmacien
ou du fournisseurMR GABIRIAULT
true des Entrepreneurs
75015 PARIS - Tél. 01 45 78 15 71signature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de peines 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.

Nom du prescripteur:
Toulet Chrif
 INSTITUT GUSTAVE ROUSSY
CONVENTIONNE
 114 rue Edouard VAILLANT
 94805 VILLEJUIF
 94 0 16001 3 10 1 06 0

NOM du PATIENT :

n° Seffar
 mohamed

Pharmacie de ville

Ordonnance faite dans le cadre d'une ALD 30

Bétadine Dermique 125ml ou Biseptine 1 Flacon

Bétadine Scrub 1 Flacon

NaCl 0,9% 125ml 3 Flacons

Emla patch 1 patch

NaCl 0,9% 50 ml 4 poches / jour, 7 fois / semaine

NaCl 0,9% 1000 ml 1 poche / jour, 7 fois / semaine

Primperan IV 10 mg 2 fois / jour, 7 fois / semaine

Traitements pour 1 Semaine

Villejuif, le

05/05/20

Coordination des soins externes
 01 42 11 40 91
 76 76 42 11 54 51 / 45 45
 Fax : 01 42 11 53 33
 E-mail : 94 0 16 001 3 Code 11

V. perf