

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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.

Éducation :

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.

Prothétique :

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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Ma NIP:8001559341 6


LAHRACH
BADIA
Né(e):LAHRACH
Nc 06/06/1948 () F

Date de naissance :

Adresse : AL...BL Med Abdou Res DALIA Palmier
CASA

Tél. : 0664860960

Total des frais engagés : 34,67 €uros Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

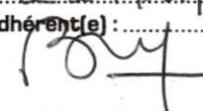
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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.

Fait à : CASA le 27/11/2020.

Le : 27/11/2020.

Signature de l'adhérent(e) : 

CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE BICÊTRE

78, rue du Général-Leclerc
94275 LE KREMLIN-BICÊTRE
Téléphone : 01 45 21 21 21
NIP F.L.N.E.S.S. : 940100043

SERVICE D'OPHTALMOLOGIE
Maladies et chirurgie des yeux

Secrétariat :
01 45 21 36 90
Secteur Hospitalisation :
01 45 21 22 60
Secteur Consultation :
Accueil : 01 45 21 30 86
Poste de Soins : 01 45 21 36 91

Chef de Service
Pr Marc LABETOULLE

N° RPPS : 10001259190

Date : XXXXXXXXXX

ASSISTANCE HÔPITAUX
PUBLIQUE  DE PARIS

Date : 01/09/2020.

Nom et Prénom du patient :


NIP:8001559341 6

LAHRACH
BADIA
Né(e):LAHRACH
06/06/1948 () F

P19 - 029 096
du 17/09/2020

1^r CATHA ACT



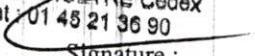
6 Siringe Ampoule a 2 ml


que ce remboursement


2 g

ORDONNANCE


MUPRAS

CHU DE BICÊTRE
Service OPH du Pr LABETOULLE
Consultation Enfant/Adulte
78, Avenue du Général Leclerc
94275 LE KREMLIN-BICÊTRE Cedex
Tél. secrétariat 01 45 21 36 90
Signature : 

Bureau des rendez-vous OPH
Tel : 01 45 21 23 92



PERSONNE RECEVANT

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif) et le numéro d'immatriculation

date de naissance

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

75010 PARIS 10

ADRESSE de L'ASSURE(E)

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

D. SYLVIE

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

Pharmacie Magenta
2 Place J. Bonsergent
75010 PARIS
Tel 0142061780
75 2 03284 7
pharmacie.magenta@gmail.com

IDENTIFICATION du PRESCRIPTION et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

HOP PITIE SAUPESTRIRE

raison sociale

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

750100125

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

date de l'accord préalable (le cas échéant)

MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non

XX

oui

date

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1
(cf. la notice au verso : § précédé de "*" et les recommandations importantes)

AT/MP

numéro

ou

date

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée	Article	Code	Libellé et forme	Qte	Px	Unit	Montant	N.R.	Hon.D.	No Ordo	Subst. de/LPP	4 vignettes
	PH7 000	3400930085028	COSIDIME 20MG/ML+5MG/	4	7,52		34,16	1.02	1	733386		
	HDR 065		Honoraire	1	0,51		0,51					

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

PHARMACIE MAGENTA

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

75010 PARIS

signature du pharmacien ou du fournisseur

JOVET LE DIMANCHE

tél. : 01 42 08 17 80

34,67

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

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.

ENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE BICÉTRE

Site du Général-Lecierc

140 CREMLIN-BICÉTRE

Téléphone : 01 45 21 21 21

FAX : 01 45 21 21 21

TELEMESS : 940100043

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITALS DE PARIS

Date : 01/04/2020

Nom et Prénom du patient :



NIP: B001559341 6

LAHRACH

RADIA

PARIS LAHRACH

09/06/1948 / F

Service d'OPHTALMOLOGIE
Examens et chirurgie des yeux

Service de

01 45 21 36 90

Service d'Hospitalisation

01 45 21 22 60

Service de Consultation :

Service de 01 45 21 30 86

Service de Solas : 01 45 21 36 91

Service de Service

Mme LABETOULLE

SPHS : 10001259190

1^{er} CATHÉDRALE



6 Grisines 1 goutte - 2 g

1 goutte - 2 g

2 gouttes



PHARMACIE MAGASIN

2 place Jacques Bonsergent

75010 PARIS

OUVERT LE DIMANCHE

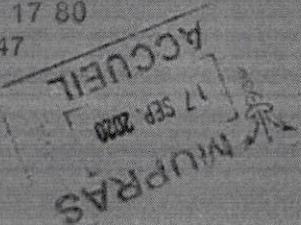
Tél. : 01 42 08 17 80

75 20 32 847

Bureau des rendez-vous OPH
01 45 21 23 92

MÉDICAMENT(S) SUBSTITUABLE(S) PAR UN GÉNÉRIQUE SAUF MENTION CONTRAIRE

Service OPH du Pr LABETOULLE
Consultation Enfant/Adulte
78 Avenue du Général Leclerc
94270 LE CREMLIN-BICÉTRE Cedex
Tél. secrétariat : 01 45 21 36 99


ACCUEIL
17 SEP 2000
MURRAY