

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.

Diologie 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.

Prothésaire :

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.

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 048723
 ND: 49132
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

M: NIP:8001559341 6 Société :
☐ LAHRACH BADIA ☐ Autre :
 Ne(e): LAHRACH
 Nc 06/06/1948 () F
 Date de naissance :
 Adresse : 14, B.L Med Abdou Res DALIA Belmieu
 CASA
 Tél. : 0664860960 Total des frais engagés : 34,67 Euros 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
N° F.I.N.E.S.S. : 940100043

ASSISTANCE
PUBLIQUE



HÔPITAUX
DE PARIS

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

Dr : [redacted]

Date : 01/09/2020.

Nom et Prénom du patient :



NIP:8001559341 6
LAHRACH
BADIA
Na(e):LAHRACH
06/06/1948 () F

P19 - 029 096
du 17/09/2020

N° LAHRACH

[Signature]

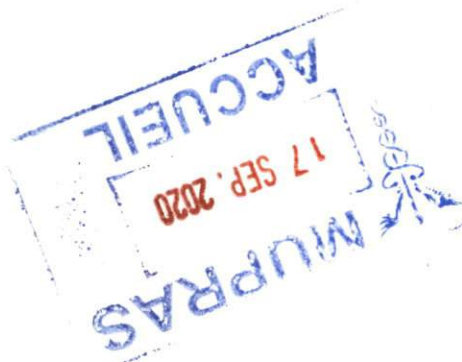
6 Sirops 1 goutte x 2

[Signature]

95 gouttes

2 yeux

ORDONNANCE



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
Tél : 01 45 21 23 92

PERSONNE RECEVANT

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi

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

ADRESSE de L'ASSURE(E)

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

D. SYLVIE

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

Pharmacie Magenta
2 Place J. Bonsergent
75010 PARIS
Tel 0142081780
75 2 03264 7
pharmacie.magenta@gmail.com

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom

identifiant

raison sociale

n° de la structure
(AM, FINISS 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

oui

date

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

AT/MP

numéro

ou

date

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée

Atte	Cip	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				
HDR	065	Honoraire	médic. remboursable	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

34,67

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

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

signature du pharmacien
ou du fournisseur

signature de
l'assuré(e)

impossibilité
de signer

CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE BICÊTRE

Avenue du Général-Leclerc

94270 LE KREMLIN-BICÊTRE

Tél. (01) 45 21 21 21

Tél. Tél. 112 : 940 100043

SERVICE D'OPHTHALMOLOGIE
Maladies et chirurgie des yeux

Coordonnées :

01 45 21 36 90

Service Hospitalisation :

01 45 21 22 60

Service Consultation :

01 45 21 30 86

Service de Soins : 01 45 21 36 91

Chef de Service

Pr Marc LABETOULLE

SPS : 10001259190

ASSISTANCE
PUBLIQUE DE PARIS

Date : 01/09/2020

Nom et Prénom du patient :



NIP: B001659341 6

LAHRACH

BADIA

PAUL LAHRACH

09/06/1948 F F

LAHRACH

65 ans 1 feuille - 2
1/2 9 ans remède
2 yeux

PHARMACIE MACQUIN
2 place Jacques Bonsergent
75010 PARIS
OUVERT LE DIMANCHE
Tél. : 01 42 08 17 80
75 20 32 847

ORDONNANCE

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

ACCUEIL
17 SEP 2020
MURRAS

CHU DE BICÊTRE
Service OPH du Pr LABETOULLE
Consultation Enfants/Adultes
78 Avenue du Général Leclerc
94270 LE KREMLIN-BICÊTRE Cedex
Tél. Secrétariat : 01 45 21 36 90
Signature

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