

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.

Biologie 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.

Maladie chronique :

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

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° P19-0025379

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1767 Société : RAM 53229
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BENAÏSSA FATIHA veuve HRIDA
Date de naissance : 11/07/1960
Adresse : BD YAA COUB EL MANSOUR, M RUE ASSOUE
OUJDA
Tél. : 06 15 60 83 50 Total des frais engagés : 81,82 Euros Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Fatima Fall-Arcens
Médecin Généraliste
10001586162

Centre Médical International
38, quai de Jemmapes - 75010 Paris
Tél: 01 43 17 22 11 - Fax: 01 43 17 22 15
FINESS: 75 083 118 2

Date de consultation : 18/03/2020
Nom et prénom du malade : BENAÏSSA Fatima Age : 59 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : HYPERTENSIVITE BRONCHITE SYNDROME VIRAL DES VOIES AERIENNES SUPERIEURES
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.

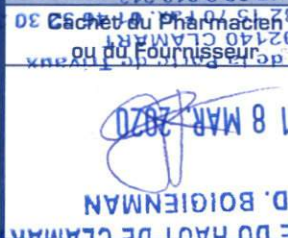
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : PARIS Le : 18/03/2020
Signature de l'adhérent(e) : Fatima Fall-Arcens

RELEVÉ 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
18/03/20	G	1	25,00€	Dr Fatma Fall-Arcens Médecin Généraliste 10001586162

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/03/20	56,82€

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

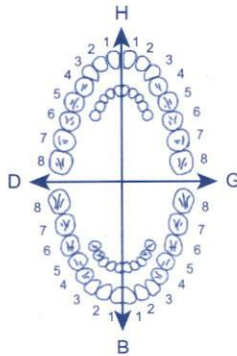
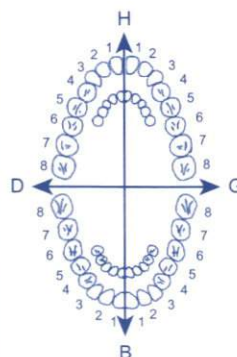
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Docteur Fatima FALL-ARCENS

38 quai de Jemmapes

75010 Paris

Tel : 01 43 17 22 11

Le 18/03/2020

N° RPPS



10001586162

Madame BENAÏSSA Fatiha

Née le 11/07/1960

BUDESONIDE 320 µg/dose + FORMOTEROL FUMARATE 9 µg/dose pdre p inhal (SYMBICORT TURB UHALER 400/12 µg)

deux bouffée (voie inhalée avant le brossage des dents) le matin et le soir pendant 4 jours puis 1 bff matin et 2 le soir pendant 4 jours puis 1 bff matin et soir pendant 4 jours puis 1 bff le soir pendant 4 jours, se rincer la bouche et boire un peu d'eau après,

PARACETAMOL 1 g cp (DOLIPRANE)

1 comprimé par voie orale toutes les 8 heures en cas de fièvre ou douleur, 2 boîtes

CHLORHEXIDINE GLUCONATE 0,12 % sol p bain bouche (PAROEX)

gargarisme 3 fois par jour pendant 5 jours

DIAZEPAM 2 mg cp (DIAZEPAM TEVA)

1 comprimé par voie orale au coucher, pendant 5 jours

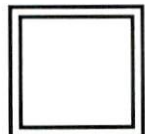
EBASTINE 10 mg cp orodispers (EBASTINE CRISTERS)

1 à 2 comprimé par voie orale le matin et le soir en cas de manifestation allergique (ou mieux avant exposition) 1 mois
AR

Dr Fatima Fall-Arcens
Médecin Généraliste
10001586162

18 MAR 2020
DR D. BOIGIENMAN
PHARMACIE DU HAUT DE CLAMART
38, rue de la Porte de Trivaux
92140 CLAMART
Tel. 01 46 32 15 70 Fax 01 46 32 30 31
ID 92 2 018213

Centre Médical International, 38 quai de Jemmapes - 75010 Paris
01 43 17 22 11 - Finess : 75 083 118 2





Centre Médical International

Centre Médical International
N° Finess : 75 0 83118 2

36, Quai de Jemmapes

75010 PARIS

Tél:

Patient: BENAÏSSA Fatiha (N°: 51931)

Né(e) le : 11/07/1960

Lien :

N° INSEE :

Risque:

Fact / FSE 81 752 / 0

du: 18/03/2020

Praticien FALL ARCENS Fatima
01 Médecin Généraliste

Page 1 of 1

Assuré: BENAÏSSA Fatiha (N°: 51931)

Adresse: 13, Rue albert neveu

92140 CLAMART

Date Soins	DESIGNATION	Cotation	Quantité	TRSS	E.D.	Montant
18/03/2020	Consultation médecine G 1		1.00	25.00	0.00	25.00
						25,00 €

Acquittée

Montant des avances consenties	A la charge de l'assuré			
	25.00 €			
	<u>Espèces</u>	<u>Chèque</u>	<u>C.B.</u>	<u>Autre</u>
	0.00 €	0.00 €	25.00 €	0.00 €
<u>Total :</u>	0.00 €	Reste dû le 18/03/2020		0.00

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT LES SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom **RENAISSA FATHA**

(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

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

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 MEDECIN

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

Dr Fatima Fall-Arcens
Médecin Généraliste
10001586162

CONVENTIONNE

CDS MEDICAL INTERNATIONAL

38 QUAI DE JEMMAPES

75010 PARIS

Tél 0143172200

MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

=> 75 083118 2 20 1 11 0 n°AM

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

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

MATERNITE

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

J J M M A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous

nom et prénom du médecin :

(s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)

accès direct spécifique

urgence

hors résidence habituelle

médecin traitant remplacé

accès hors coordination

ACTES EFFECTUES

(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : J J M M A A A A)

dates des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY, V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés ①	dépass.	frais de déplacement		
							I.D. ② M.D.	nbre	I.K. montant ③
18032020			G		25,00				
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)

25,00

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

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

signature du médecin
ayant effectué
l'acte ou les actesCentre Médical International
38, quai de Jemmapes - 75010 Paris
01 43 17 22 11 - docteurs@cmi.paris
RINESS : 75 083 118 2signature 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.



PHARMAVANCE CLAMART
BOIGIENMAN DANIEL
38 RUE DE LA PORTE DE TRIVAUX
92140 CLAMART
France

N° SIREN : 752800805
 N° TVA intracommunautaire : FR24752800805
 Code NAF : 4773Z

N° téléphone : 0146321570
 E mail : pharmacieduhautdeclamart@gmail.com

BENAISSA Fatiha

13 rue Albert Neveu
 92140 CLAMART
 France

Tél. :

Gaïsse : 01 Opérateur n° 2 AB

Facture n° 132278 du 18/03/2020 - vente n° 120031800269 - FSE n° 342202

Code	Désignation	Qté	P.U.HT	Montant Net HT	Taux TVA	Net TTC
34009 3599730 2	SYMBICORT 400MCG12 TURBUH D 60	1	30,637	30,64	2,10	31,28
	HONORAIRE DE DISPENSATION	1	0,999	1,00	2,10	1,02
34009 3595583 8	DOLIPRANE 1000 MG 8CP	2	1,136	2,27	2,10	2,32
	HONORAIRE DE DISPENSATION	2	0,999	2,00	2,10	2,04
34009 3446417 1	PAROEX B BOUCH S ALC 300ML	1	2,742	2,74	2,10	2,80
	HONORAIRE DE DISPENSATION	1	0,999	1,00	2,10	1,02
34009 3253109 7	DIAZEPAM 2MG RATIO CPR 40	1	0,852	0,85	2,10	0,87
	HONORAIRE DE DISPENSATION	1	0,999	1,00	2,10	1,02
34009 2770469 7	EBASTINE 10MG ARROW CPR OROD 30	2	3,928	7,86	2,10	8,02
	HONORAIRE DE DISPENSATION	2	0,999	2,00	2,10	2,04
HC	HONORAIRE DISPENSATION COMPLEXE	1	0,304	0,30	2,10	0,31
HDR	HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE	1	0,500	0,50	2,10	0,51
HDE	HONORAIRE MEDICAMENT SPECIFIQUE	1	3,497	3,50	2,10	3,57
Totaux		7		55,66 €		56,82 €

Banque:
IBAN:

Part principale		Part assuré	56,82
Part complémentaire			

Taux de TVA	Net HT	Montant TVA	Montant TTC
2,10	55,66	1,16	56,82
Totaux	55,66	1,16	56,82

Net à payer	56,82
--------------------	--------------

Membre d'une association agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté

Réglée en CARTE BANCAIRE, date d'échéance : 18/03/2020.

Indemnité forfaitaire pour frais de recouvrement en cas de paiement à une date ultérieure à celle figurant sur la facture : 40 €. Si les frais de recouvrement sont supérieurs à ce montant, une indemnisation complémentaire sera due, sur présentation des justificatifs.

PHARMACIE DU HAUT DE CLAMART
DR D. BOIGIENMAN

18 MAR. 2020

38, rue de la Porte de Trivaux
 92140 CLAMART
 Tél. 01 46 32 15 70 Fax. 01 46 32 30 31
 ID 92 2 018 213

payé CP

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 **BENAISSA** **Fatiha** (90753)

(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

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

Vd:AB

ADRESSE de L'ASSURE(E)

13 rue Albert Neveu 92140 CLAMART

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

SAN PHARMACIE BOIGIENMAN

50 PHARMACIEN

CONVENTIONNE

SEARU PHARMACIE DU

38 RUE DE LA PORTE DE TRIVANX

92140 CLAMART

92220 01821 3

TS 01821 3 00 1 01 1 50 n°AM

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom **FALL**

raison sociale

identifiant

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

7 5 1 9 3 2 1 1 2

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale **1 8 0 3 2 0 2 0**

date de l'accord préalable (le cas échéant)

J J M M A A A A

☐ 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 ☐

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												
Code		Code	Top		Base			Nb	Mode	Indic.	Date	Date
Acte	Cip/Lpp	Labo	Decond.	Qte	Rembt	Mt factu.	Libelle	Btes	Presc.	Substi.	Deb loc	Fin loc
PH7	34009 3599730 2			1	31,28	31,28	SYMBICORT 400MCG12 TUR					
HD7				1	1,02	1,02	Honoraire de dispensat					
PH7	34009 3595583 8			2	1,16	2,32	DOLIPRANE 1000 MG 8CP					
HD7				2	1,02	2,04	Honoraire de dispensat					
PH2	34009 3446417 1			1	2,80	2,80	PAROEX B BOUCH S ALC 3					
HD2				1	1,02	1,02	Honoraire de dispensat					
PH7	34009 3253109 7			1	0,87	0,87	DIAZEPAM 2MG RATIO CPR					
HD7				1	1,02	1,02	Honoraire de dispensat					
PH4	34009 2770469 7			2	4,01	8,02	EBASTINE 10MG ARROW CP					
HD4				2	1,02	2,04	Honoraire de dispensat					
HC				1	0,31	0,31	HONORAIRE ORDONNANCE >					
HDR				1	0,51	0,51	HONORAIRE MEDICAMENT R					
HDE				1	3,57	3,57	HONORAIRE MEDICAMENT S					

PAIEMENT

MONTANT TOTAL

5 6 8 2

Part ASS.: 56,82

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

BOIGIENMAN DANIEL

signature de
l'assuré(e)

impossibilité
de signer

PHARMAVANCE CLAMART

BOIGIENMAN DANIEL

38 RUE DE LA PORTE DE TRIVAUX

92140 CLAMART

France

Siren 752800805

TVA intra FR24752800805

Code NAF 4773Z

Tel 0146321570

E-mail pharmacieduhautdeclamart@gmail.co

m

Finess 92 2 01821 3

Ticket no 132278

2 AB

Le 18/03/2020 18:20:08 Caisse 01

n° FSE 342202

90753 Fatiha BENAÏSSA

Code Produit	Qté x Prix TTC	Mt TTC
--------------	----------------	--------

SYMBICORT 400MCG12 TURBUH D 60		
--------------------------------	--	--

3400935997302		32,30
---------------	--	-------

DOLIPRANE 1000 MG BCP		
-----------------------	--	--

3400935955838	2 x 2,18	4,36
---------------	----------	------

PAROEX B BOUCH S ALC 300ML		
----------------------------	--	--

3400934464171		3,82
---------------	--	------

DIAZEPAM 2MG RATIO CPR 40		
---------------------------	--	--

3400932531097		1,89
---------------	--	------

EBASTINE 10MG ARROW CPR GROS 30		
---------------------------------	--	--

3400927704697	2 x 5,03	10,06
---------------	----------	-------

HONORAIRE DISPENSATION COMPLEXE		
---------------------------------	--	--

HC		0,31
----	--	------

HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE		
-----------------------------------	--	--

HDR		0,51
-----	--	------

HONORAIRE MEDICAMENT SPECIFIQUE		
---------------------------------	--	--

HDE		3,57
-----	--	------

Total TTC en EUROS :		56,82
----------------------	--	-------

Nombre d'articles : 7

Dont honoraires de dispensation : 11,53

Mt	TVA	Mt TTC
55,66	2,10	56,82

PHARMACIE DU HAUT DE CLAMART
DR D. BOIGIENMAN

Règlement en CARTE BANCAIRE 18 MAR. 2020 56,82

38, rue de la Porte de Trivaux
92140 CLAMART

Tel. 01 46 32 15 70 Fax. 01 46 32 30 31
pharmavanceclamart@gmail.com