

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **iologie 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.

## **que :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **ducation :**

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.

## **taire :**

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.

## **adie 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1767 Société : RAM 53228

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENAÏSSA FATIHA NEUVE HRIDA

Date de naissance : 11/07/1960

Adresse : BD YAAQOUB EL MANSOUR, M'RUE ASSOUANE

OUJDA

Tél. : 06 15 60 83 50 Total des frais engagés : 81,82 Euros

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 Fatiha Age : 59 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : HYATIQUITE REFLUXO-ACIDIQUE... SYNTHÈSE VIRALE DES

VOIES AÉRIENNES SUPERIEURES

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

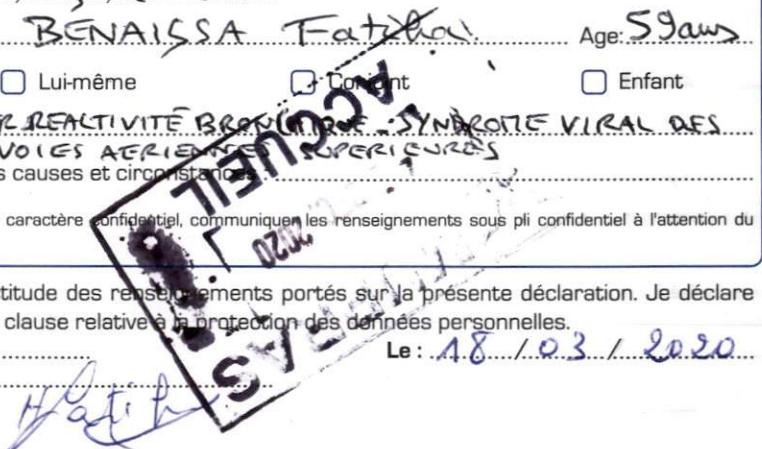
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) : Fatiha



## 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
13/03/20	G	1	25,00€	Dr Fatima Fall-Arcens Médecin Generaliste 10001586162

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

PHARMACIE DU HAUT DE CLAMART DR. BOIGEONMAN

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

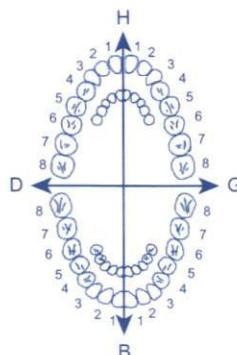
O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



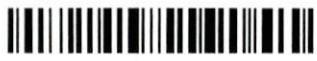
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur Fatima FALL-ARCENS  
38 quai de Jemmapes  
75010 Paris  
Tel : 01 43 17 22 11

Le 18/03/2020

N° RPPS



10001586162

Madame BENAISSE 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 boites

**CHLORHEXIDINE GLUCONATE 0,12 % sol p bain bouch (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

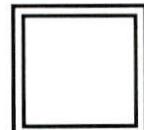
**EBASTINE 10 mg cp orodispers (EBASTINE CRISTERS)**

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

PHARMACIE DU HAUT DE CLAMART  
18 MAR. 2020  
38, rue de la Porte du Clamart 92140 Clamart  
Tél. 01 46 32 15 70 Fax 01 46 32 30 37

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: BENAISSE Fatiha ( N°: 51931)

Né(e) le : 11/07/1960

Lien :

N° INSEE :

Risque:

<b>FACTURE</b>	
Fact / FSE	81 752 / 0
Praticien	du: 18/03/2020
<b>FALL ARCENS Fatima</b>	
<b>01 Médecin Généraliste</b>	
Page 1 of 1	

**Assuré:** BENAISSE 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			
	Espèces	Chèque	C.B.	Autre
	0.00 €	0.00 €	25.00 €	0.00 €
<b>Total :</b>	0.00 €	Reste dû le	18/03/2020	0.00

## feuille de soins - médecin

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 la feuille : 12541\*02

date J J M M A A A A

## 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 BENAISSA FATIMA

(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

Dr Fatima Fall-Arcens  
Médecin Généraliste  
10001586162

CONVENTIONNE

## IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

CDS MEDICAL INTERNATIONAL

38 QUAI DE JEMMAPES

75010 PARIS

Tél 0143172200

=&gt; 75 0 83118 2 20 1 11 0 n°AM

## MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

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 : § précédent 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 EFFECTUÉS

(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	dépass.	frais de déplacement	
							I.D. <input checked="" type="checkbox"/>	M.D. <input type="checkbox"/>
18 03 2020				G	2500			
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  
FINESS : 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 TRIVAU**  
**92140 CLAMART**  
**France**

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

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

BENAISSE Fatiha

13 rue Albert Neveu  
 92140 CLAMART  
 France

Tél. :

Grosse : 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	<b>56,82</b>

<b>Net à payer</b>	<b>56,82</b>
--------------------	--------------

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**

Porte de Trivaux  
 92140 CLAMART  
 Tél. 01 46 32 15 70 Fax. 01 46 32 30 31  
 ID 92 2 018 213  
*payé CB,*

**feuille de soins  
pharmacien ou fournisseur**

numéro de facture (facultatif)

3 4 2 2 0 2

date 1 8 0 3 2 0 2 0

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 **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****SAN PHARMACIE BOIGENMAN**  
BOIGENMAN DANIEL

50 PHARMACIEN

CONVENTIONNÉ

P SERAR VAN PHARMACIE DU  
388 RUE DE LA PORTE DE TRIANON  
92140 CLAMART  
92120 01382 MART

TÉL 01 42 25 01 82 | 3 00 1 01 1 50 n°AM

**PHARMACIEN REMPLACANT**

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé**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)

**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

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

**PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES**

tarification détaillée	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					

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**

ID 92 2 01 82 01 82 01 82 01 82

5 6 8 2

Part ASS.: 56,82

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire  
38, rue de la Porte de Trianon  
92140 CLAMART

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

signature du pharmacien  
ou du fournisseur

BOIGENMAN DANIEL

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 modifiant le droit à l'information, nous vous communiquons les 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

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 BENAISSA

Code Produit	Qté x Prix TTC	Mt TTC
SYMBICORT 400MCG12 TURBUH D 60		
3400935997302		32,30
DOLIPRANE 1000 MG BCP		
3400935955638 2 x 2,18		4,36
PAROEX 8 BOUCH S ALC 300ML		
3400934464171		3,82
DIAZEPAM 2MG RATIO CPR 40		
3400932531097		1,89
EBASTINE 10MG ARROW CPR GROD 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 PHARMACIE DU HAUT DE CLAMART DR D. BOIGIENMAN  
55,66 2,10 1,16 56,82

Règlement en CARTE BANCAIRE 56,82

payé  
OB

38, rue de la Porte de Trivaux  
92140 CLAMART  
Tél. 01 46 32 15 70 Fax. 01 46 32 30 31  
pharmavanceclamart@gmail.com