

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

ologie 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 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.

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 : 0868 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Burlette Hervé ep. Islam

Date de naissance : 13/08/71

Adresse : Residence Journee Océan

47 Bd el Ghazali Casablanca

Tél. : 066 23 50 691 Total des frais engagés : Euros 104,76 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complexe HFI

Date de consultation : 13.09.2021

Nom et prénom du malade : Burlette Hervé Age :

Lien de parenté : 2 Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : pharmacie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 15 OCT 2021

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 : Essaouira, 16/10/21 Le : 1/10/21

Signature de l'adhérent(e) : Hervé

Hervé



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
	D	00000000	B	00000000
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



assuré social SLAOUI FRANCOISE

n° de Sécurité Sociale 2 41 08 76 540 053 84

Pour tout contact, écrivez à votre caisse directement
depuis la messagerie de votre compte AmeliCPAM de SEINE-et-MARNE
77605 MARNE-LA-VALLÉE CEDEX 03

MME. SLAOUI FRANCOISE
45 BD GANDHI
RES YASMINE ESC D 2 ETG
99350 CASABLANCA 20370 MAROC

Voici le détail des versements vous concernant pour un paiement du 06/10/2021

Le remboursement des sommes que vous avez avancées est d'ores et déjà effectué sur votre compte. Ces informations n'ont pas été transmises à un organisme complémentaire. Si vous en avez un, pensez à lui envoyer ce relevé et conserver une copie.

vos remboursements de soins

dates	nature des prestations	montant payé	base du rembours.	taux	montant versé
	pour FRANCOISE né(e) le 13/08/1941 maladie réf 0011 2127735500912				
13/09/2021	DIVERS ORTHESES (DVO)	181,00	30,49	60 %	18,29
	maladie réf 0011 2127735502906				
13/09/2021	PHARMACIE (PH7)	2,70	2,70	65 %	1,76
13/09/2021	HONOR. DISPENS. (HD7)	1,02	1,02	65 %	0,66
	franchise (FRH) ⁽¹⁾				-0,50
13/09/2021	PHARMACIE (PH7)	2,83	2,83	65 %	1,84
13/09/2021	HONOR. DISPENS. (HD7)	1,02	1,02	65 %	0,66
	franchise (FRH) ⁽¹⁾				-0,50
13/09/2021	PHARMACIE (PH7)	6,32	6,32	65 %	4,11
13/09/2021	HONOR. DISPENS. (4 HD7)	4,08	4,08	65 %	2,65
	franchise (4 FRH) ⁽¹⁾				-2,00
13/09/2021	HONOR.DISPENS.REM (HDR)	0,51	0,51	65 %	0,33
13/09/2021	HONOR.DISP.AGE (HDA)	1,58	1,58	65 %	1,03
13/09/2021	HONOR.DISP.SPEC (HDE)	3,57	3,57	65 %	2,32
	maladie réf 2042 2127980007654				
	A noter :				
	Pour les prestations figurant ci-après vous n'avez pas réglé directement votre professionnel, les participations forfaitaires, les franchises ou les majorations hors parcours coordonné n'ont donc pas été payées. C'est pourquoi elles sont prélevées de manière différée sur ce remboursement.				
21/09/2021	PHARMACIE pour FRANCOISE né(e) le 13/08/41		(2114120720)		-6,50
24/09/2021	PHARMACIE pour FRANCOISE né(e) le 13/08/41		(2114389213)		-1,50
	PHARMACIE pour FRANCOISE né(e) le 13/08/41		(2114389214)		-1,00
13/09/2021	TELECONSULTATION pour FRANCOISE né(e) le 13/08/41		(2114448390)		-1,00

(1) Les participations forfaitaires et franchises constatées sur ces actes sont déduites du montant remboursé dans la partie « Vos remboursements de soins » ou le seront sur vos prochains règlements.

joindre la prescription
sauf si renouvellementfeuille de soins
pharmacien ou fournisseurArt. 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 facture (facultatif)

V6/1

date J J M M A A A A A A

PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

272026

numéro d'immatriculation

13098021

date de naissance

J J M M A A A A

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))

2 4 1 0 8 7 5 5 4 0 0 5 3 8 4

0 1 7 7 1 2 0 4 2

numéro d'immatriculation

1 3 0 8 1 9 4 1 1

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

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

39 AVE DUQUESNE 75004 PARIS

PHARMACIEN REMPLACANT

MME AMAR

PHARMACIE DE BABYLONE

6 RUE DE BABYLONE

dispositif de coordination

de soins - réseau de santé

2007 PARIS

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom

raison sociale

identifiant

n° de la structure

(AM, FINESS ou SIRET)

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

date de l'accord préalable (le cas échéant)

ATTAL

HOP AMBROISE PAR

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 : § précède de **
et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers non

18082021

oui

date

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

tarification détaillée

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

XX

Prest CIP/Ref.LPP(Ut) Homeo Decon- Qte PU Mt Fact Libelle
DVO 7141198(2) c. lab dition. 1 60,98 181,00 CHAUS HALLEN CHUT NOIRimprimer les codes à barres
utili. presc Subst. debut loc fin loc
étiquettes de la liste

des produits et prestations

dans l'ordre de la prescription

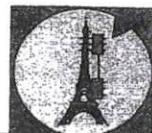
PAIEMENT

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 fournisseur1 signature de
l'assuré(e)impossibilité
de signerQuiconque 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.



9, Av. Charles de Gaulle
92104 BOULOGNE CEDEX
Tél 01.49.09.50.00
Fax 01.49.09.57.99
n° F.L.N.E.S.S. : 920100013

**SERVICE DE CHIRURGIE
ORTHOPEDIQUE ET
TRAUMATOLOGIQUE**
Tél 01.49.09.55.76
Fax 01.49.09.53.15
Rendez-vous : Tél 01.49.09.55.77

Chef de Service :
Pr. Thomas BAUER
Secrétariat : Tél 01.49.09.55.65
Fax : 01.49.09.45.79

Praticien Hospitalier
Dr. Erwan PANSARD

Praticien Hospitalier Temps Partiel
Dr. France WELBY
Secrétariat : Tél 01.49.09.55.66

Praticien Hospitalier Contractuel
Dr Alexandre HARDY
Secrétariat : Tél 01.49.09.55.66
Dr. Jean-David WERTHEL
Secrétariat : Tél 01.49.09.44.88

Chefs de Clinique Assistants
Dr Emmanuel DAHAN
Secrétariat : Tél 01.49.09.45.59
Dr. Judie RIMOKH
Dr Benoît VILLAIN
Secrétariat : Tél 01.49.09.47.02

Attachés
Dr. Jean-Sébastien BERANGER
Dr Grégoire CIAIS
Dr. Pascal GAUDIN
Secrétariat : Tél 01.49.09.55.66
Dr. Bruno LEVY
Dr. Alain MEYER
Dr. Nicolas SOLIGNAC
Secrétariat : Tél 01.49.09.44.88
Dr Antoine MORVAN
Dr. Eric ROULOT
Dr Matthieu SANCHEZ
Dr. André THES
Secrétariat : Tél 01.49.09.45.59
Dr. Nicolas BILLOT
Dr Jérôme COURNAPEAU
Dr Hussein RKAIN
Dr. Guillaume SIGONNEY
Secrétariat : Tél 01.49.09.47.02

Praticien Hospitalier Temps Plein :
Dr Christophe MENIGAUX

Médecine du Sport et Rhumatologie :
Dr. Patrick LEGOUX
Dr. Bernard MONTALVAN

Psychologue Clinicienne :
Marie Hélène SANDIFORD

Pédiatrie-Pédiatrie
Grégory LARQUE

Service Social :
Tél 01.49.09.52.76

Boulogne le 18/6/21

Mme SCAOU
FRANÇOISE

ORDONNANCE

UNE PAIRE DE CHAUSSURES HALTEN

Pr / Dr
Pr. Thomas BAUER
Chef de Service
Service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Hôpital Ambroise Paré
9, avenue Charles de Gaulle
92104 Boulogne Cedex
Tél. 01 49 09 59 20
Fax 01 49 09 45 79



joindre la prescription
sauf si renouvellement

89*05

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

numéro de facture (facultatif)

6104 272028

date 1 J M M A 13092028

PERSONNE RECEVANT les SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur)

nom et prénom

SLAOUI FRANCOISE

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

2 4 1 0 8 7 6 5 4 0 0 5 3 8 4

0 1 7 7 1 8 0 4

date de naissance

1 3 0 8 1 9 4 1 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)

39 AVE DUQUESNE 75004 PARIS

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

MME AMAR

10004051271

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

PHARMACIE DE BABYLONE
6 RUE DE BABYLONE
75007 PARIS
752038349

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom

ATTAL

identifiant

raison sociale

HOP AMBROISE PAR

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

920100013

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

13092021

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

XX

oui

date

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- c. lab dition.	Qte	PU	Mt Fact	Libellé	Nb btes Mod. utili.	Indic. presc Subst.	Date début loc	Date fin loc
PH7	3400949605538		4	1,58	6,32	IZALGI 500MG/25MG GELU				
HD7			4	1,02	4,08	Honor. dispens. HD7				
PH7	3400922143378		1	2,83	2,83	KETOPROFENE BIODARAN L				
HD7			1	1,02	1,02	Honor. dispens. HD7				
PH7	3400949719181		1	2,70	2,70	ESOMEPRAZOLE MYLAN 20M				
HD7			1	1,02	1,02	Honor. dispens. HD7				
HDR			1	0,51	0,51	Honor. dispens. HDR				
HDA			1	1,58	1,58	Honor. dispens. HDA				
HDE			1	3,57	3,57	Honor. dispens. HDE				

lire les codes à barres
les étiquettes de la liste
des codes à barres
et prestations
dans l'ordre de la prescription

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros

2 3 , 5 3

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

MME AMAR

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).
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.



9, Avenue Charles de Gaulle
92100 BOULOGNE
BILLANCOURT

Standard : 01 49 09 50 00

Identification du prescripteur
(nom, prénom et identifiant)

Docteur XAVIER DUPONT

N° RPPS



10001043834

Boulogne-Billancourt, le 13/09/2021 à 09:45

920100013

ORDONNANCE

Madame SLAOUI Françoise, âgée de 80 ans, née le 13/08/1941

Izalgi : 1 gelule / 4h en cas de douleurs x 15j

Biprofenid LP 100 : 1 cp /12h x 48H puis stop
Mopral 40 : 1 cp le soir x 48h puis stop

Génériques souhaités (sauf mention contraire)
Fin de prescription

Ordonnance validée électroniquement par Docteur XAVIER DUPONT

Consultation d'anesthésie du Service de Chirurgie
Orthopédique et Traumatologique
Hôpital Ambroise Paré
9, avenue Charles De Gaulle
92104 Boulogne Cedex
Tél. : 01 49 09 55 77
Fax : 01 49 09 55 70