

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.

phacie :

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.

ue :

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 séductions.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

ire :

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.

ie 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

éclamation : contact@mupras.com

rise 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.

Me du conjoint 2009

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2048 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : YR BENCHERIF Sidi - Saïd

Date de naissance : 01-02-1952

Adresse :

Tél. : 0661453769

Total des frais engagés : #52,47 Dhs

Cadre réservé au Médecin

REPUBLIQUE FRANCAISE

ORDRE NATIONAL
DES MEDECINS

Dr Nadia ABENHAIM

671 04823 9

SITRA COURS

Age: 70 ans

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/03/2022

Nom et prénom du malade : BENCHERIF Sidi - Saïd

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Pororrhite - allergie

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 : Le 07/04/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
30.12.22	GS		38,-	REPUBLIQUE FRANCAISE ORDRE NATIONAL DES MEDECINS Dr Nathan ABENHAIM 67 1 04823 9

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Sandrine GARCIA	30 MARS 2022	6,57 €

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIARIES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		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...

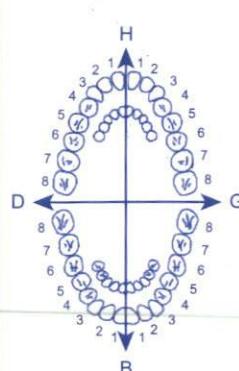
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L

Docteur Abenaim Nathan

35 boulevard Tauler
67000 Strasbourg
03 88 37 32 32
docteur.abenaim@gmail.com

Médecine Générale

10002422631 - ADELI : 671048239

Strasbourg, le 30/03/2022
Consultations sur RDV : www.doctolib.fr

M. Sidi-Saïd BENCHERIF

AERIUS 5MG CPR 30
1 comprimé par jour.

STERIMAR BEBE SOL NAS 100ML

ALLERGODIL PULV NASALE 17ML

1 pulvérisation matin et soir dans chaque narine après mouchage.

ALLERGODIL 0,05% COL 6ML

1 goutte 2 à 4 fois par jour dans le cul-de-sac conjonctival inférieur.
Utiliser dans les 4 semaines après ouverture.

Nombre de produits : 4

PHARMACIE CENTRALE
12, RUE DES POMPIERS
67300 SCHILTIGHEIM
672031598
Tel : 0388331057
INSEE:
18 avenue pierre menen

Fact. Num. 546731
Date Fact. 30/03/2022
Date Ord. 30/03/2022

Medecin: ABENHATH NATHAN

Code Date: 9

Maladie: BENCHERTE Sidi-said

BERGERIN, JEAN-SAU
des frères 67300 SCHILTIGHEIM

QTE	DESIGNATION	CIP	Prix/U	BaseSS	HD	TxSS
1	ALLERGODIL COLLY	3400934767203	4,79	-	1,02	0
			Ordo: 789928	Lot: 1C896A1		
1	Honor. dispens.		0,51	-		0
	HDR					
1	Honor. dispens.		1,58	-		0
	HTA					

MONTANT TOTAL : 7,90 MONTANT AMO : 0,00
MONTANT AMC : 0,00 MONTANT ASSURE : 7,90
Ces montants s'entendent avant application, le cas échéant,
de la franchise prévue à l'article L. 322-2 du code de la
sécurité sociale et indiquée sur le relevé de prestations.

feuille de soins - médecin

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale

Art. L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

numéro de facture (facultatif)

J J M 30/03/2022

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

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

M. BENCHERIF Sidi-Saïd

nom et prénom

(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 A A A 01/02/1952

code de l'organisme de rattachement
en cas de dépense 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

DOCTEUR NATHAN ABENHAIM

01 MEDECINE GENERALE

CONV. HONO LIBRES

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

35 BOULEVARD TAUER

67000 STRASBOURG

=> 67 1 04823 9 00 3 33 1 01 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)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 115
(cf. la notice au verso : § précédé de "*" et les recommandations importantes)

accident causé par un tiers : non oui

date J J M M A A A A A A

MATERNITE

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

J J M M A A A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A 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 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
J J M M A A A A A A								
30/03/2022 A				Gs	38,00			
J J M M A A A A A A								
J J M M A A A A A A								
J J M M A A A A A A								

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)

38,00€

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 actes

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, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L. 114-13 et L. 162-1-14 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.

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

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

numéro d'immatriculation

date de naissance

BENI HERIF SIDI-SAID

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

ADRESSE de L'ASSURE(E)

D 1

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

67300 SCHILTIGHEIM IDENTIFICATION de la STRUCTURE

GARIBIA RONALDINE

PHARMACIEN/REPLACANT

nom et prénom

Identifiant

PHARMACIE PASTEUR

Mme Garcia

5 square du Château
67300 SCHILTIGHEIM

TEL : 0388333703

N° ident 672033826

DP : 2 30/03/2022 14:1

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, FINES ou SIRET)

DRENHOTM NOTHON

date de la prescription médicale

date de l'accord préalable (le cas échéant)

J 6 7 1 0 4 8 2 3

9 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

3 0 0 3 2 1 2 2

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

CIP/NOM	NumbOrd	Acte/Acte/Prix	Taux	Remise	Montant
3400935656070 AERTUS SMG BT	16580	PH4 1x3,46	0%		3,46
HONORAIRES DE DISPENSATION		HD4 1x1,02	0%		1,02
HONORAIRES DE MEDICON RENAI		HR4 1x0,51	0%		0,51
HONORAIRES LIÉS À L'ÂGE		HD4 1x1,58	0%		1,58

QTE: 3 U: 3 en EUR

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
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 fournisseur

PHARMACIE PASTEUR

signature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

PHARMACIE CENTRALE
GRASSO SELARL
12, RUE DES POMPIERS
67300 SCHILTIGHEIM
Tel: 0388331057
N° SIRET: 49135472600011
Code NAF: 4773Z - FR04491354726
FRANCE

Page 1 / 1

FACTURE

N°2235/546731

Du 30/03/2022

Date de l'échéance 31/03/2022

BENCHERIF Sidi-said
18 avenue pierre mendes france
67300 SCHILTIGHEIM

Prescripteur : ABENHAIM NATHAN _
N° AM : 671048239
N° RPPS : 10002422631
Opérateur: OCEANE G

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
ALLERGODIL COLLY 3400934767203	PH4	0	1	4,691	2,10%	4,69
N° Ordonnancier : 789928						
N° Lots : 1C896A1						
Honor. dispens. HD4	HD4	0	1	0,999	2,10%	1,00
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50
Honor. dispens. HDA	HDA	0	1	1,550	2,10%	1,55

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
7,74	2,1% (4)	0,16	7,90
Total HT		Total TVA	Total TTC
7,74		0,16	7,90

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	7,90

Mode(s) de règlement Règlements multiples (Espèces)	7,90
Reste dû	0,00

Montants exprimés en Euro

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

PHARMACIE CENTRALE
GRASSO SELARL

30 MARS 2022

67300 SCHILTIGHEIM
Tél. : 03 88 33 10 57

(u) indique les quantités unitaires

(*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1

Chaque comprimé contient 5 mg de desloratadine.

Avaler le comprimé en entier avec de l'eau.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

A conserver à une température ne dépassant pas 30°C. A conserver dans l'emballage extérieur d'origine.

Lire la notice avant utilisation.

21

AERIUS® 5 mg

comprimés pelliculés

desloratadine

Voie orale

30 comprimés pelliculés



Merck Sharp & Dohme B.V.
Waarderweg 39
2031 BN Haarlem
Pays-Bas

EU/1/00/160/011
Contient du lactose.
Pour plus d'information, voir la notice.

FRANCE

RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS

LISTE II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



Soyez prudent

Ne pas conduire

sans avoir lu la notice

Organon France
106 Boulevard Haussmann
75008 Paris
Tél : 01 57 77 32 00

Médicament autorisé n° 3400935656070

MSD 2341816



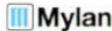
117031802616
05/2023
U028117

PC 03400935656070
SN EXP Lot



Allergodil® 0.05%, collyre en solution

12g
2 à 4j/jour
1 paquet/nt
28 jours



Titulaire / Exploitant :
MEDA PHARMA /
MYLAN MEDICAL SAS
40-44 rue Washington
75008 Paris, France

Allergodil
Précautions particulières
de conservation
Tout flacon entamé doit être
utilisé dans les 4 semaines.

**TENIR HORS DE LA
VUE ET DE LA PORTÉE
DES ENFANTS**



RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I

Allergodil® 0.05%, collyre en solution

Chlorhydrate d'azélastine
0.05 g/100 ml

Flacon de 6 ml avec
compte-gouttes

Collyre en solution



Soyez prudent

Ne pas conduire
sans avoir lu la notice



EXP 03.2024
LOT 1C896A1
SN 219F1RN6P6
PC 0340934767203

667124V1119P
57FR2199501503

Allergodil
Composition en
substance active
Chlorhydrate d'azélastine
0.05g/100 ml

Liste des excipients :

Chlorure de benzalkonium,
hypromellose, édétate de
sodium, sorbitol à 70 pour
cent (cristallisables), hydro-
xyde de sodium, eau pour
préparations injectables

Forme pharmaceutique
Collyre en solution.

Excipient à effet notoire
Chlorure de benzalkonium.

**Indications Théra-
peutiques**

Traitements symptomatiques
des conjonctivites
allergiques.

**Mode et voie d'adminis-
tration**

Voie oculaire
ADMINISTRATION DANS
L'OEIL

Lire la notice avant
utilisation

Médicament autorisé
3400934767203

A06086
TUB