

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.

Ordonnance :

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.

Prothèse :

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

Déclaration : contact@mupras.com
Mise 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.

S : 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° M21- 080553

Me du conjoint 2009

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2048 Société : R.A.M. 112753
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : YR BENCHERIF Lidi - Saïd
Date de naissance : 01-02-1952
Adresse :
Tél. : 0661453762 Total des frais engagés : #52,47# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 30/03/2022
Nom et prénom du malade : BENCHERIF Sidi Saïd Age : 70 ans
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Bronchite - 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 07/04/2022

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
30.03.22	GS		38,-	<div> <div>REPUBLIQUE FRANÇAISE</div> <div>ORDRE NATIONAL DES MEDECINS</div> <div>Dr Nathan ABENHAIM</div> <div>67 1 04823 9</div> <div>STRASBOURG</div> </div>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<div> <div>Pharmacie Pasteur</div> <div>Sandrine GARCIA</div> <div>30 MARS 2022</div> <div>5, square du Village - 67000 Schiltigheim</div> <div>Tel: 03 88 33 27 03 - Fax 03 88 63 44 11</div> <div>PHARMACIE CENTRALE</div> <div>GRASSO SELARI</div> </div>	30/03/2022	6,57 €
	30/03/2022	7,90 €

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<div> <div>30 MARS 2022</div> <div>67000 SCHILTIGHEIM</div> <div>Tel: 03 88 33 10 55</div> </div>			

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 canaux, ainsi que le bilan

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			
	<div> <div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D</div> <div>00000000 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>G</div> <div>B</div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div> <div>[Création, remont, adjonction]</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div> </div>			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L

Docteur Abenhaim Nathan

 35 boulevard Tauler
67000 Strasbourg
 : 03 88 37 32 32
 docteur.abenhaim@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 mendes fran 67300 SCHILTIGHEIM

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

Medecin: ABENHAIM NATHAN -
Code Op: 9

Malade: BENCHERIF Sidi-said

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
	HDA					

MONTANT TOTAL : 7,90 MONTANT AMD : 0,00
MONTANT AMC : 0,00 MONTANT ASSURE : 7,90

Ces montants s'entendent ayant 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.

000 pag.0 FACTURE No.220009788
30/03/2022 ord. 30/03/2022,
BENCHERIF SIDI-SAID
Total: 6,57EUR

1va, 48EUR 4 34009 3565607 0 GERIUS EMS RTE 30 CPS (16580)

1v0, 51EUR *Honorative de dispensation remboursables

1v1, 58EUR *Honorative de dispensation lié à l'âge

CHOPINOTIE POSTEUR

TEL : 0388333703

672033826 Op : 2

N° 12541*02

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

date J J M M A A A A 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)

nom et prénom

M. BENCHERIF Sidi-Saïd

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

numéro d'immatriculation

date de naissance

01/02/1952

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

DOCTEUR NATHAN ABENHAIM

01 MEDECINE GENERALE

CONV. HONO LIBRES

MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

35 BOULEVARD TAULER

67000 STRASBOURG

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

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
J J 30/03/2022 A		Gs			38,00 €				
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)

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 actessignature 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

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))

numéro d'immatriculation

ADRESSE de L'ASSURE(E)

A 1

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 67300 SCHILTIGHEIM IDENTIFICATION de la STRUCTURE

GARCIA SANDRINE

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

PHARMACIE PASTEUR

Mme Garcia

5 square du Château

67300 SCHILTIGHEIM

NO ident 672033826

TEL : 0388333703

OP : 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

DREHLMUTH NOTHON

raison sociale

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

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

J J M M A A A A

date de l'accord préalable (le cas échéant)

J 6 7 1 0 4 8 2 3

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

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

CID/NDM	NumOrd	Acte/Dte/Prix	Taux	Remise	Montant
3400935656070 AERIUS SMG BT	16580	DHA 1x3,46	0%		3,46
HONORAIRES DE DISPENSATION		HDA 1x1,02	0%		1,02
HONORAIRES DE MEDICAM. REMB.		HDR 1x0,51	0%		0,51
HONORAIRES LIE A L'AGE		HDA 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 N° Ordonnancier : 789928 N° Lots : 1C896A1	PH4	0	1	4,691	2,10%	4,69
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



1 cp/jour

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.



PC 03400935656070
117031802616
05 2023
U028117

SN
EXP
Lot

FRANCE



LISTE II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



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

Médicament autorisé n° 3400935656070

MSD341811LA

Allergodil®
0.05%, collyre
en solution

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 PRESCRITES

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I

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

 **Mylan**

667124V111/9P
57FR2199S015-03

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

 **Mylan**

PC 03400934767203
SN 219F1R6P6
Lot 10896A1
EXP 03.2024

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 (cristallisable), hydro-
xyde de sodium, eau pour
préparations injectables

Forme pharmaceutique
Collyre en solution.

Excipient à effet notoire
Chlorure de benzalkonium.

**Indications Théra-
peutiques**

Traitement symptomatique
des conjonctivites
allergiques.

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

Voie oculaire
**ADMINISTRATION DANS
L'OEIL**

Lire la notice avant
utilisation

Médicament autorisé
3400934767203

TUB03/A