

# 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.

## Radiologie 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.

## Dentaire :

- 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0497 Société : 116073

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Bennis Breshim

Date de naissance : 25-08-40

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

**Professeur Albert HAGEGE**  
Chef du Département de Cardiologie  
Hôpital Européen Georges Pompidou  
20, rue Leblanc - 75908 PARIS Cedex 15  
Tel. : 01 56 09 36 83 - Fax 01 56 09 39 04

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

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 ..... / ..... / .....

..... de l'adhérent(e) : Bennis Breshim

Le : ..... / ..... / .....

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **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 de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H								
D	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
25533412	21433552								
00000000	00000000								
00000000	00000000								
35533411	11433553								

**[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur Albert A. HAGÈGE

Médecin des Hôpitaux  
Professeur des Universités  
PhD, FESC, FACC  
CARDIOLOGUE

N° RPPS



10000450790

Chef du Département de Cardiologie

Hôpital Européen Georges Pompidou

20 rue Leblanc  
75908 PARIS CEDEX 15

Tél. : 01 56 09 37 13 ; Fax : 01 56 09 26 64

E-mail : [albert.hagege@aphp.fr](mailto:albert.hagege@aphp.fr)

PROFESSEUR Albert HAGÈGE  
Chef du Département de Cardiologie  
Hôpital Européen Georges Pompidou  
20 rue Leblanc - 75908 PARIS cedex 15  
Tél. : 01 56 09 37 13 - Fax : 01 56 09 26 64  
E-mail : [albert.hagege@aphp.fr](mailto:albert.hagege@aphp.fr)

D. Blatin REN

le 25/3/2022

Recu / Constaté  
3

Consultation Cardiologique  
66

écho cardiomphie

Prix = 300 euros

9A10099769001

N° AM



751544297





PC 03400930000915  
SN 130850472699  
EXP 04-2023  
Lot 0001042



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

## FRANCE

MSD France  
10-12 Cours Michelet  
92800 Puteaux  
Information médicale : 01 80 46 40 40

Médicament autorisé n° 34009 300 009 1 5



RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



JANUMET® + GROSSESSE  
= DANGER

Ne pas utiliser chez la femme enceinte,  
sauf en l'absence d'alternative  
thérapeutique



comprimés pelliculés

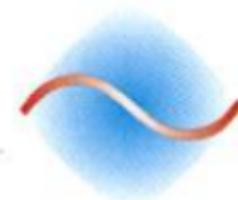
sitagliptine/chlorhydrate de metformine

PC: 03400935312938  
SN: 78773912820  
EXP 08/2025  
Lot G013NB

# Cardensiel® 7,5 mg comprimé pelliculé sécable

Bisoprolol

Voie orale



30 comprimés



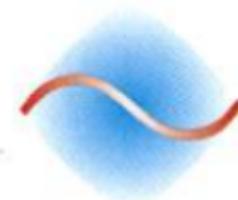
MERCK

PC: 03400935312938  
SN: 78773912820  
EXP 08/2025  
Lot G013NB

# Cardensiel® 7,5 mg comprimé pelliculé sécable

Bisoprolol

Voie orale



30 comprimés



MERCK

**INexium®**  
ésoméprazole

**20 mg**



MÉDICAMENTS  
NON UTILISÉS  
**+**  
À RAPPORTER  
EN PHARMACIE

Liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**



**PENSEZ  
AU TRI !**

ETUI  
CARTON  
VIDE  
PLAQUETTE  
MÉTAL  
VIDE



**À RECYCLER**



CONSIGNE POUVANT VARIER LOCALEMENT  
> [WWW.CONSIGNESDETRI.FR](http://WWW.CONSIGNESDETRI.FR)

**INexium®**  
ésoméprazole **20 mg**



Liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**



MÉDICAMENTS  
NON UTILISÉS  
**+**  
À RAPPORTER  
EN PHARMACIE

**PENSEZ  
AU TRI !**

ETUI  
CARTON  
VIDE  
PLAQUETTE  
MÉTAL  
VIDE



CONSIGNE POUVANT VARIER LOCALEMENT  
> [WWW.CONSIGNESDETRI.FR](http://WWW.CONSIGNESDETRI.FR)



LOT EM5923

EXP 12/2023

CIP 03400934744198



KARDEGIC® + GROSSESSE  
= INTERDIT

Ne pas utiliser chez la femme enceinte.



LOT EM5923

EXP 12/2023

CIP 03400934744198



KARDEGIC® + GROSSESSE  
= INTERDIT

Ne pas utiliser chez la femme enceinte.



LOT EM5923

EXP 12/2023

CIP 03400934744198



KARDEGIC® + GROSSESSE  
= INTERDIT

Ne pas utiliser chez la femme enceinte.



LOT EM5923

EXP 12/2023

CIP 03400934744198



**KARDEGIC® + GROSSESSE  
= INTERDIT**

**Ne pas utiliser chez la femme enceinte.**



LOT EM5923

EXP 12/2023

CIP 03400934744198



KARDEGIC® + GROSSESSE  
= INTERDIT

Ne pas utiliser chez la femme enceinte.

# Imovane® 7,5 mg

## RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I

La durée de prescription de ce médicament ne peut dépasser 4 semaines.



**NIVEAU 3**

**Attention, danger :  
ne pas conduire**

Pour la reprise de la conduite,  
demandez l'avis d'un médecin



MÉDICAMENTS  
NON UTILISÉS



À RAPPORTER  
EN PHARMACIE

**PENSEZ  
AU TRI !**

plaquette  
plastique  
vide  
à jeter



étui  
carton  
vide  
à recycler



**IMOVANE® + GROSSESSE  
= DANGER**

**Ne pas utiliser chez la femme enceinte, sauf  
en l'absence d'alternative thérapeutique.**

CIP

03400934748561

SN

106K38DH2309AG

Lot

1RT1C

09/2011

EXP

CONSIGNE POUVANT VARIER LOCALEMENT > [WWW.CONSIGNESDETRI.FR](http://WWW.CONSIGNESDETRI.FR)  
VALIDABLE UNIQUEMENT POUR LA FRANCE

# Imovane® 7,5 mg

## RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I

La durée de prescription de ce médicament ne peut dépasser 4 semaines.



**NIVEAU 3**

**Attention, danger :  
ne pas conduire**

Pour la reprise de la conduite,  
demandez l'avis d'un médecin



MÉDICAMENTS  
NON UTILISÉS



À RAPPORTER  
EN PHARMACIE

**PENSEZ  
AU TRI !**

plaquette  
plastique  
vide  
à jeter



à recycler



**IMOVANE® + GROSSESSE  
= DANGER**

**Ne pas utiliser chez la femme enceinte, sauf  
en l'absence d'alternative thérapeutique.**

CIP

03400934748561

SN

106K38DH2309AG

Lot

1RT1C

09/2011

EXP

CONSIGNE POUVANT VARIER LOCALEMENT > [WWW.CONSIGNESDETRI.FR](http://WWW.CONSIGNESDETRI.FR)  
VALIDABLE UNIQUEMENT POUR LA FRANCE

# Imovane® 7,5 mg

## RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I

La durée de prescription de ce médicament ne peut dépasser 4 semaines.



**NIVEAU 3**

**Attention, danger :  
ne pas conduire**

Pour la reprise de la conduite,  
demandez l'avis d'un médecin



MÉDICAMENTS  
NON UTILISÉS



À RAPPORTER  
EN PHARMACIE

**PENSEZ  
AU TRI !**

plaquette  
plastique  
vide  
à jeter



à recycler



**IMOVANE® + GROSSESSE  
= DANGER**

**Ne pas utiliser chez la femme enceinte, sauf  
en l'absence d'alternative thérapeutique.**

CIP

03400934748561

SN

106K38DH2309AG

Lot

1RT1C

09/2011

EXP

CONSIGNE POUVANT VARIER LOCALEMENT > [WWW.CONSIGNESDETRI.FR](http://WWW.CONSIGNESDETRI.FR)  
VALIDABLE UNIQUEMENT POUR LA FRANCE



**CORVASAL 2 mg, comprimé sécable**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**  
**UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE 1**

HOPITAL EUROPEEN GEORGES POMPIDOU  
Département de Cardiologie  
20-40 rue Leblanc  
75908 PARIS CEDEX 15

cerfa  
N°60-3937

N° FINESS juridique : 750712184



Nom et Prénom : BENNIS BRAHIM

Age : 81 ans

NIP : 8016237422

N° FINESS géographique : 750803447



Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)  
(AFFECTION EXONERANTE)

CRESTOR 5MG : 1 CP LE MATIN

PLAVIX 75 MG : 1 CP LE MATIN

X CORVASAL 2 MG : 1 CP LE MATIN, MIDI, SOIR

X KARDEGIC 75MG : 1 CP LE MATIN

JANUVIA 50/1000 : 1 CP LE MATIN ET SOIR

COVERSYL 5MG : 1 CP LE MATIN

X CARDENSIEL 7.5MG : 1 CP LE MATIN

ADANCOR 10MG : 1 CP LE MATIN; LE SOIR

VASTAREL : 1 CP LE SOIR

INEXIUM 20MG : 1 CP LE MATIN

X IMOVAR 7.5MG : 1CP LE SOIR SI NECESSAIRE

X QSP 3 mois

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée  
(MALADIES INTERCURRENTES)

Substituable

A Renouveler

Le vendredi 1 avril 2022

Dr SFEIR Maroun

Unité 1 de Cardiologie

Département de Cardiologie  
Hôpital Européen Georges Pompidou  
20, rue Leblanc - 75908 PARIS CEDEX 15  
Tél. : 01 56 09 36 38 - Fax : 01 56 09 36 38  
N° Finess : 750803447

0204/2022 ord. 0204/2022  
BENNIS BRAHIM

PHARMACIE PRINCIPALE DU KREMLIN BILODRE  
TEL : 01 46 58 07 17 DP : 3  
ID : 942017557 RPMS ID 00756222  
Montant total : 26.80 EUR  
Montant HT : 25.88  
Montant TVA : 1.02 EUR

000 reg.0 FACTURE No.220011259

04/04/2022, ord. 04/04/2022,

BENNIS BRAHIM

Total: 75,89EUR

5x2,81EUR / 34009 34/4419 8 KARDEGIC 75MG PDR SRCH 30

1x6,37EUR / 34009 3241106 1 CURVASHL 2MG CPR B190 (560669)

1x4,60EUR (Partie NH de la ligne supérieure)

4x5,15EUR / 34009 3531293 8 CHARDENSIEL 7,5MG CPR B130 (560664)

4x0,89EUR (Partie NH de la ligne supérieure)

2x3,10EUR 2 34009 34/4856 1 IMUVHNE 7,5MG CPR B114 (560662)

2x6,05EUR / 34009 3553343 2 INEXIUM 20MG CPR B128 (560670)

2x1,22EUR (Partie NH de la ligne supérieure)

1x0,31EUR \*Honoraire de dispensation complexe

1x0,51EUR \*Honoraire de dispensation remboursables

1x1,58EUR \*Honoraire de dispensation lié à l'âge

1x3,57EUR \*Honoraire de dispensation spécifiques

PHARMACIE JULIET COURTE

TEL : 01 46 56 90 28

92201/447 DP : 4



## quelques conseils pour remplir votre feuille de soins

**Le bon remplissage de votre feuille de soins est la garantie de votre remboursement par l'assurance maladie.**

La première information à donner concerne **la personne recevant les soins et l'assuré(e)** :

**Si vous ne payez pas votre pharmacien ou votre fournisseur**, celui-ci remplira l'ensemble de cette rubrique, sur présentation de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne.

**Si vous payez votre pharmacien ou votre fournisseur**, celui-ci indiquera uniquement vos nom et prénom, dans la zone prévue, selon vos indications ou au vu des informations portées dans votre carte Vitale ou sur l'attestation papier qui l'accompagne.

Les autres zones seront remplies par vous-même (*le code de l'organisme de rattachement n'est pas à préciser*).

- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous êtes **assuré(e) social(e)**, inscrivez seulement :
  - votre **numéro d'immatriculation** (en vous aidant de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne).
- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous n'êtes pas **assuré(e) social(e)**, indiquez :
  - votre **numéro d'immatriculation**,
  - ou** (si celui-ci ne vous a pas été communiqué),
  - votre **date de naissance**,
  - le **nom et le prénom de l'assuré(e) auquel (à laquelle) vous êtes rattaché(e)** et son **numéro d'immatriculation**,
- complétez enfin cette rubrique en indiquant l'adresse de l'assuré(e).

**Toutes les autres rubriques de la feuille de soins sont à compléter par votre pharmacien ou votre fournisseur, y compris le numéro de facture qui est une zone facultative destinée à son usage.**

- \* • Si vos soins sont dispensés au titre de l'article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, il doit le préciser dans la case prévue à cet effet.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident causé par un tiers, précisez-le lui ainsi que la date de cet accident. Ces renseignements doivent **obligatoirement** figurer sur la feuille de soins car ils permettent à l'assurance maladie de récupérer les frais relatifs à l'accident auprès de l'assureur concerné.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident du travail, dont vous avez été victime, ou avec une maladie professionnelle, présentez-lui la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle qui vous a été remise par votre employeur ou par votre organisme d'assurance maladie.

### Recommandations importantes :

Le double de votre prescription médicale doit être joint à l'envoi de votre feuille de soins (sauf en cas de renouvellement, ou s'il a été joint à la demande d'accord préalable).

Prévenez votre organisme d'assurance maladie en **cas de changement intervenant dans votre situation**, par exemple :

- **changement de compte** bancaire, postal ou de caisse d'épargne : adressez-lui le relevé d'identité correspondant.
- **changement d'organisme** d'assurance maladie : prenez contact avec votre nouvel organisme d'assurance maladie pour le transfert de votre dossier afin de ne pas retarder le remboursement de vos soins et prestations, **n'oubliez pas** également d'indiquer **votre nouvelle adresse sur la feuille de soins**.

\* Si le pharmacien ou le fournisseur a coché la case "SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1", la feuille de soins doit être adressée à l'organisme gestionnaire mentionné sur votre attestation de pensionné(e).

N'oubliez pas de signer votre feuille de soins.

#### Résultats mesures:

QRS	:	ms
QT/QTcB	:	/ ms
PQ	:	ms
P	:	ms
RR/PP	:	/ ms
P/QRS/T	:	/ degrés

#### Interprétation:

0156093713

Dr. Berndt Balmer

6 21/3/2021

### rapport non confirmé

**Professeur Albert HALPERIN**  
Chef du Département de Cardiologie  
Hôpital Européen Georges PARIS-CEDEX 13  
20 rue Leblanc - 75908 PARIS Cedex 13  
Tél. : 01 56 09 36 83 - FAX : 01 56 09 3447  
E-mail : [halperin@churg.fr](mailto:halperin@churg.fr)

