

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0012888

136667

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3048 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BOUYINA ABDELALAZIZ  
 Date de naissance : 30/09/1947  
 Adresse : Résidence Attardama Rue 6 n°4 EL OULFA  
 Tél. : 0650397134 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

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

### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

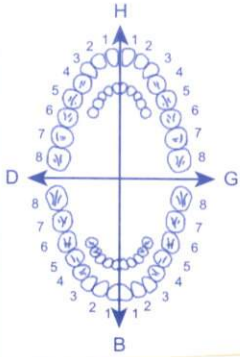
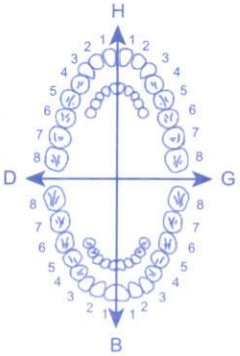
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H              25533412              00000000              D           </div> <div>             21433552              00000000              G              00000000              35533411              B           </div> </div> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>             00000000              35533411           </div> <div>             00000000              11433553           </div> </div>			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**PHARMACIE DE BRETAGNE**

78 2 71354 9

2 place de la Bretagne 78310 MAUREPAS

Tél : 33 1 30 50 30 35

Fax : 33 0 00 00 00 00

email : tot@msn.com

SIREN : 539 225 177 00010

No TVA intracommunautaire : FR 44539225177

**LATIFI KHADIJA**

20 e rue du couseran

78310 MAUREPAS

Code Client : 25823

Délivrée par : 8 OK

à MAUREPAS , le 26/08/2022

Impression N° 1 Duplicata Facture Mutuelle No 871728

Qté	CIP/LPP	Désignation	TVA	Acte	Base AMO	Prix U.Net	Montant
1	3400938282191	RISPERIDONE 1MG/ML ZTV BUV 6	2,10	PH7	11,16	11,16	11,16
Code TVA	Taux de T.V.A	Montant de la T.V.A	Montant H.T	Montant T.T.C			
5	2,10	0,27	12,98	13,25			
						Part	0,00
						Part AMC	0,00
						Part Client	13,25 €
						Total Hors taxe	12,98
						Montant de la T.V.A.	0,27
						Remise	0,00
						Total T.T.C	13,25 €

No Fiscal : 338240

Nombre de clients : 1 Nombre de lignes : 1

Version: 6.8.3.68.515 du 17/06/2022

B 0088 Q I T D - O V 101

Aucun escompte de règlement n'est accordé pour le règlement anticipé.

Acceptant le règlement des sommes dues par chèque libellé à son nom en sa qualité de membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale.

En cas de retard de règlement une pénalité égale à trois fois le taux d'intérêt légal sera appliquée.

Pénalités de retard au taux annuel de 12 % - indemnité forfaitaire de recouvrement : 40 euros



N° 12541 \*02

Art. L. 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

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

(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)

code de l'organisme de rattachement  
en cas de dispense d'avance des frais  
(à remplir par le médecin)

## IDENTIFICATION DU MEDECIN

DOCTEUR MOGHADDAM Rebecca

01 MEDECINE GENERALE

CONVENTIONNE

## MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

## IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

Place du Village

1 rue de la Mare aux Carats

78180 MONTIGNY LE BRETONNEUX

Tél 01 30 57 39 40

=&gt; 78 1 19056 6 00 1 11 0 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

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1  
(cf. la notice au verso : § précédé de "§"  
et les recommandations importantes)

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
02 09 2012		CB			25				
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

Dr Rebecca Moghaddam

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

DU de gynécologie préventive et contraceptive

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

signature du médecin  
ayant effectué  
l'acte ou les actes78180 MONTIGNY LE BRETONNEUX  
Téléphone: 01 30 57 39 40  
Email: docteur.moghaddam@gmail.comsignature de  
l'assuré(e)impossibilité  
de signer