

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19-0025380

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1767 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENAÏSSA FATIHA veuve HRI DA

Date de naissance : 11/07/1960

Adresse : BD YACOUB EL MANSOUR, 11 Rue ASSOUANE
OUJDA

Tél. : 06.15.60.8350 Total des frais engagés : 68,07 Euros Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr Fatima Fall-Arcens
Médecin Généraliste 38, quai de Jemmapes - 75010 Paris
10001586162 01 43 17 22 11 - docteurs@cmi.paris
FINESS : 75 083 118 2

Date de consultation : 14/02/2020

Nom et prénom du malade : BENAÏSSA Fatima Age : 59A 77

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

Nature de la maladie : BRONCHITE ASTHME FORSE

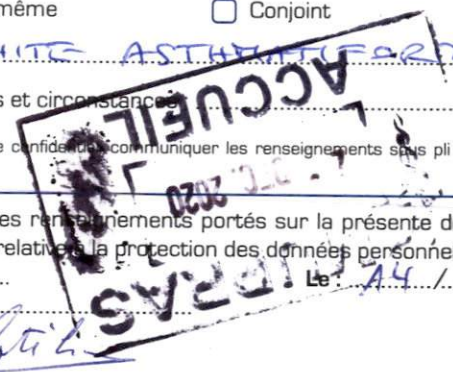
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : PARIS

Signature de l'adhérent(e) : Le 14/02/2020



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
14/02/20	G	1	2,500 €	<p>Dr. Dalila FAL ALLOUS</p> <p>Médecin Généraliste</p> <p>10001586162</p> <p>Centre Médical International</p> <p>38, quai de Jemmapes - 75010 Paris</p> <p>01 43 17 22 11 - docteurs@cmi.paris</p> <p>FINES : 75 083 118 2</p>

Médecin Généraliste
 10001586162
 Centre Médical International
 38, quai de Jemmapes - 75010 Paris
 01 43 17 22 11 - docteurs@cmi.paris
 FINES : 75 083 118 2

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14.02.2	43,07 euros

43,07 euros

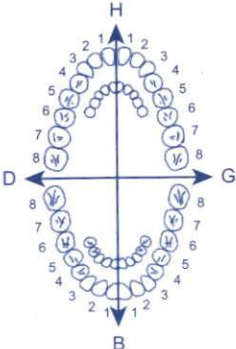
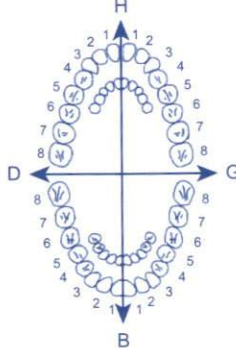
[illegible]Montant
des Honoraires[illegible]Montant détaillé
des Honoraires

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 canalaires, ainsi que le bilan

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-between;"> <div style="text-align: right;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 <hr/> 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> <div style="text-align: left;">G</div> </div>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<input type="text"/>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
					CCOEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				CCOEFFICIENT 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-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 <hr/> 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> <div style="text-align: center;">G</div> </div>				
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MAPHARMACIE CANAL ST MARTIN

. MR CAVALLO

28, RUE DU FBG DU TEMPLE

75011 PARIS

Tel: 0148055137

mapharmaciecanalsaintmartin@orange.fr

N° SIRET: 84943992200000

Code NAF: 4773Z - FRO0849439922

FRANCE

Désignation	Code Uté	PU	Montant
	TVA	TTC	TTC

Patient: BENAÏSSA FATIMA

Ordonnance 135011

3400933857042	4 3	1,53	4,59
---------------	-----	------	------

AMOX BGR 500mg Gél Plq/12 (202876)

4 3	1,02	3,06
-----	------	------

Honor. dispens. HD7

3400930123522	4 1	5,22	5,22
---------------	-----	------	------

BRICANYL TURBUH 500µg/dose Pdr(202877)

4 1	1,02	1,02
-----	------	------

Honor. dispens. HD7

3400938070224	10 1	21,30	21,30
---------------	------	-------	-------

LACTEOL 340mg Gél Plq/30

3400933254063	4 1	2,78	2,78
---------------	-----	------	------

METEDSPASMYL CAPS B/20

4 1	1,02	1,02
-----	------	------

Honor. dispens. HD2

4 1	0,51	0,51
-----	------	------

Honor. dispens. HDR

4 1	3,57	3,57
-----	------	------

Honor. dispens. HDE

Total TTC	43,07
-----------	-------

A Payer	43,07
---------	-------

TOTAL A PAYER : 43,07 (282,52€)

Montant HT : 40,69

Code

TVA	Taux	HT	TVA	TTC
-----	------	----	-----	-----

4	2,10	21,322	0,448	21,77
---	------	--------	-------	-------

10	10,00	19,364	1,936	21,30
----	-------	--------	-------	-------

Espèces : 43,07

Le 14/02/2020 à 19h19 Op. : 2 . B

Docteur Fatima FALL-ARCENS

38 quai de Jemmapes

75010 Paris

Tel : 01 43 17 22 11

Le 14/02/2020

N° RPPS



10001586162

Madame BENAÏSSA Fatiha

Née le 11/07/1960

AMOXICILLINE 500 mg gél (AMOXICILLINE TEVA)

2 gélules par voie orale le matin, le midi et le soir pendant le repas, pendant 6 jours

TERBUTALINE SULFATE 500 µg/dose pdre p inhal (BRICANYL TURBUHALER)

deux doses par voie inhalée le matin, le midi et le soir, pendant huit jours

NR LACTOBACILLUS LB INACTIVES 340 mg gél (LACTEOL)

1 gélule par voie orale, pendant 10 jours

ALVERINE CITRATE 60 mg + SIMETICONE 300 mg caps molle (METEOSPASYL)

1 capsule 1 à 3 fois par jour, en cas de douleurs abdo ou ballonnements 1 boîte

Dr Fatima Fall-Arcens
Médecin Généraliste
10001586162

QTE DESIGNATION CIP Prix/U Base55 HD 1x55
3 AMOX BGR 500mg 6 34009333857042 1,53 - 1,02 0
1 BRICANYL TURBUH 3400930123522 5,22 - 1,02 0
500µg/dose Pdr 1 Dmd: 202877 Lot: URDU
1 LACTEOL 340mg 66 3400938070224 21,30 - 0
1 Piq/30 Lot: 19223
1 METEOSPASYL CAP 34009333254063 2,78 - 1,02 0
5 B/20 Lot: CH6164
1 Honor. dispens. HDR 0,51 - 0
1 Honor. dispens. HDE 3,57 - 0
MONTANT TOTAL : 43,07
MONTANT AMO : 0,00
MONTANT ASSURE : 43,07
Les 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.

Centre Médical International, 38 quai de Jemmapes - 75010 Paris
01 43 17 22 11 - Finess : 75 083 118 2

PHARMACIE CANAL ST MARTIN
28, RUE DU FBG DU TEMPLE
75011 PARIS
Tél : 0148055137
INSEE :
13 rue albert rene
92140 CLAMART
Malaide: BENAÏSSA FATHA
Code Up: 2
Medecin: FALL ARCENS Fatima
Date Ord.: 14/02/2020
Date Fact.: 14/02/2020
Fact. Num.: 135011



joindre la prescription
sauf si renouvellement

N° 11389*05

feuille de soins pharmacien ou fournisseur

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)

135011

date J J M M A A 14022020

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

BENAISSA FATIHA

(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

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)

13 rue albert neveu 92140 CLAMART

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

MR CAVALLO .

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

MAPHARMACIE CANAL ST MARTIN
28, RUE DU FBG DU TEMPLE
75011 PARIS
752042648

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom

FALL ARGENS Fatima

identifiant

10001586162

raison sociale

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

751932112

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

J 14022020

date de l'accord préalable (le cas échéant)

J J M M A A A A

☒ MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

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

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non

XX

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

Prest	CIP/Ref.LPP(ut)	Homeo Decon- c.lab dition.	Qte	PU	Mt Fact	Libelle	Nb btes Mod. utili. presc Subst.	Indic.	Date debut loc	Date fin loc
PH7	3400933857042		3	1,53	4,59	AMOX BGR 500mg Gél Plq				
HD7			3	1,02	3,06	Honor. dispens. HD7				
PH7	3400930123522		1	5,22	5,22	BRICANYL TURBUH 500µg/				
HD7			1	1,02	1,02	Honor. dispens. HD7				
PHN	3400938070224		1	21,30	21,30	LACTEOL 340mg Gél Plq/				
PH2	3400933254063		1	2,78	2,78	METEDOSPASYL CAPS B/20				
HD2			1	1,02	1,02	Honor. dispens. HD2				
HDR			1	0,51	0,51	Honor. dispens. HDR				
HDE			1	3,57	3,57	Honor. dispens. HDE				

primer les codes à barres

les étiquettes de la liste

produits et prestations

dans l'ordre de la prescription

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros

4 3 , 0 7

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

MR CAVALLO .

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, 441-6 et 441-7 du Code pénal et article 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.

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 concernera **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. 115 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. 115", 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.

N° 12541 *02

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

date J 1 4 0 2 2 0 2 0 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

BENAISSA FATIHA

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

numéro d'immatriculation

date de naissance

1 1 0 7 1 9 6 0 A A

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

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

FALLARCENS FATIMA

CDS MEDICAL INTERNATIONAL

100 0 1 5 8 6 1 6 2

0 1

CONVENTIONNE

38 QUAI DE JEMMAPES

75010 PARIS

Tél 0143172200

=> 75 0 83118 2 20 1 11 0 n°AM

MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

X 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 "de")
et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers :

noX

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 coordinationX

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.	I.K. montant ③
1 4 0 2 2 0 2 0				G	2 5, 0 0				
J J M M A A A A									
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)

2 5, 0 0

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

Centre Médical International
38, quai de Jemmapes - 75010 Paris
01 43 17 22 11 - docteurs@cmi.paris
FINISS : 75 083 118 2signature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

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 médecin, celui-ci remplit l'ensemble de cette rubrique, sur présentation de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne, y compris le code de l'organisme de rattachement.
- Si vous payez votre médecin, celui-ci indique uniquement vos nom et prénom, selon vos indications, ou en reprenant les informations contenues dans votre carte Vitale ou sur l'attestation papier qui l'accompagne.
Les autres lignes de cette rubrique sont à compléter par vous même (le code de l'organisme de rattachement ne doit pas être indiqué dans ce cas) :
 - si vous êtes la personne recevant les soins et aussi l'assuré(e), inscrivez seulement :
 - votre numéro d'immatriculation (il est indiqué sur votre carte Vitale et sur l'attestation papier qui l'accompagne),
 - si vous êtes la personne recevant les soins mais pas l'assuré(e), écrivez :
 - 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 remplir par votre médecin, y compris le numéro de facture qui est une zone facultative destinée à son usage.

- Si l'acte qu'il effectue est en rapport avec l'affection de longue durée (ALD), il doit le préciser dans la case prévue à cet effet.
- * 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 liés à un accident causé par une personne autre que vous-même, précisez-le lui ainsi que la date de cet accident. Ces renseignements, recueillis sous votre responsabilité, doivent obligatoirement figurer sur la feuille de soins car ils permettent à l'assurance maladie de récupérer les frais relatifs à votre accident auprès de l'assureur de la personne ayant causé cet accident.
- Si vos soins sont liés à un accident du travail, ou à une maladie professionnelle, présentez à votre médecin la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle qui vous a été remise par votre employeur ou par votre organisme d'assurance maladie.
- Si le médecin qui remplit la feuille de soins est votre nouveau médecin traitant, il doit cocher la case prévue à cet effet. Dans ce cas, n'oubliez pas d'envoyer à votre caisse d'assurance maladie la nouvelle déclaration de choix du médecin traitant.
- Si le médecin qui remplit la feuille de soins n'est pas le médecin traitant que vous avez déclaré, il doit indiquer si l'acte est réalisé à la demande de celui-ci. Dans ce cas, il reporte sur la feuille de soins le nom et le prénom de votre médecin traitant. Si votre état de santé nécessite l'intervention de plusieurs médecins, ces informations doivent également être reportées sur la feuille de soins par ces médecins.

Dans la négative, le médecin doit cocher l'une des cases permettant de préciser si les soins sont réalisés :

- par un médecin exerçant une spécialité à accès direct (gynécologie, ophtalmologie, psychiatrie) ou par un médecin exerçant dans une consultation hospitalière de tabacologie, d'alcoologie ou de lutte contre les toxicomanies (art. D 162-1-6, 6° du Code de la sécurité sociale),
- en urgence,
- hors de votre résidence habituelle (par exemple lorsque vous êtes en congé),
- par un médecin remplaçant votre médecin traitant en son absence,
- en accès libre non coordonné, c'est-à-dire lorsque vous consultez directement un médecin qui n'est pas votre médecin traitant.

Recommandations importantes :

Prévenez votre organisme d'assurance maladie à l'occasion d'un changement intervenant dans votre situation, comme, par exemple, en cas de :

- changement de compte bancaire, postal ou de caisse d'épargne : envoyez-lui votre nouveau relevé d'identité de compte,
- 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. Votre ancien organisme d'assurance maladie peut vous aider dans cette démarche.
- * Si le médecin 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.



Centre Médical International

Centre Médical International

N° Finess : 75 0 83118 2

36, Quai de Jemmapes

75010 PARIS

Tél:

Patient: BENAÏSSA Fatiha (N°: 51931)

Né(e) le : 11/07/1960

Lien :

N° INSEE :

Risque:

Fact / FSE 75 892 / 0

du: 14/02/2020

Praticien FALL ARCENS Fatima

01 Médecin Généraliste

Page 1 of 1

Assuré: BENAÏSSA Fatiha (N°: 51931)

Adresse: 13, Rue albert neveu

92140 CLAMART

Date Soins	DESIGNATION	Cotation	Quantité	TRSS	E.D.	Montant
14/02/2020	Consultation médecine	G 1	1,00	25,00	0,00	25,00
						25,00 €

Acquittée

Montant des avances consenties	A la charge de l'assuré			
	25,00 €			
	<u>Espèces</u>	<u>Chèque</u>	<u>C.B.</u>	<u>Autre</u>
	25.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €
<u>Total :</u>	0,00 €	Reste dû le	14/02/2020	0,00



← Fwd: déclaration de ma...

----- Forwarded message -----

De : **contact**

<contact@mupras.com>

Date: jeu. 19 mars 2020 à 16:58

Subject: RE: déclaration de malade

To: fatiha benaissa

<fatihabenaissa1960@gmail.com>

BONJOUR

OK BIEN REÇU

SOUS RÉSERVE ORIGINAL DOSSIER

CORDIALEMENT

F.TSOUL/SUIVI RÉCLAMATIONS



Supprimer



Archiver



Déplacer



Répondre



Autre



Fwd: déclaration de ma...

De : fatiha benaissa

[<fatihabenaissa1960@gmail.com>](mailto:fatihabenaissa1960@gmail.com)

Envoyé : jeudi 19 mars 2020 16:32:50

À : contact

Objet : déclaration de malade

Bonjour,

Je suis actuellement en France, j'ai dû me rendre chez le médecin deux fois. le 14/02/20 et le 18/03/20.

Et comme je suis encore bloquée ici (pas de vols pour rentrer au Maroc) j'ai scanné les deux dossier (déclaration de maladie, facture médecin, facture pharmacie).

Vous trouverez en pièces jointes les deux dossiers.



Supprimer



Archiver



Déplacer



Répondre



Autre

← **Fwd: déclaration de ma...**

Je suis actuellement en France, j'ai dû me rendre chez le médecin deux fois. le 14/02/20 et le 18/03/20.

Et comme je suis encore bloquée ici (pas de vols pour rentrer au Maroc) j'ai scanné les deux dossier (déclaration de maladie, facture médecin, facture pharmacie).

Vous trouverez en pièces jointes les deux dossiers.

Qu'est ce que je peux faire de plus?

Cordialement

Benaissa fatiha Veuve Hrida
Elhoussine
Matricule RAM 1767



Supprimer



Archiver



Déplacer



Répondre



Autre