

# 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.

**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



## Déclaration de Maladie

Nº P19-0039409

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

N'D  
14831

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6913 Société : Retraite R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABOUAISSA med

Date de naissance : 26-03-1951

Adresse : 70 Rue Koutoubia n°11 20380

Q.Bugier 0529255736

Tél. : 0529255736 Total des frais engagés :

Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Emmanuelle RICHARD  
42 - ENDOCRINOLOGUE ET MALAD. METAB. CONVENT.  
2 rue Danielle Casanova  
90000 BELFORT

Date de consultation : 28-10-2018

Nom et prénom du malade : (DIAPOTE) ABOUAISSA

31 DEC. 2018  
ACCUEIL

Age: 68

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Diabète

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 : CAS

Le : / /

Signature de l'adhérent(e):

Amz

DAPS

## **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
27/10/19	CS		0	Docteur Emmanuelle RICHARD 42- ENDOCRINOLOGUE ET MALAD. MÉTAB. CONVENT. 2 Rue Danielle Casanova 90000 BELFORT 90 00872 2

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE DES FORGES</b> 21 Rue de Montbéliard 25400 Audincourt 25 20 13 206 Tél. : 03 81 35 56 95	7/11/13	445,87

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

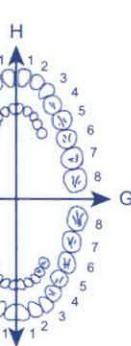
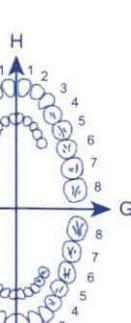
## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **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'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$\begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ \hline B & 35533411 \quad 11433553 \end{array}$ <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**CABINET D'ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES METABOLIQUES**  
**Dr Emmanuelle RICHARD**

2, rue CASANOVA - 90000 BELFORT  
Tél. / Fax : 03 84 28 61 96

SUR RENDEZ-VOUS

**Docteur Emmanuelle RICHARD**

Diplômée d'études spécialisées

Diabétologie - Endocrinologie - Maladies métaboliques  
Ancienne interne du CHU de Besançon

90 10 0872 2  
RPPS 10002494226

Docteur Emmanuelle RICHARD  
42 - ENDOCRINOLOGUE ET MALAD. MÉTAB. C  
2 rue Danielle Casanova  
90000 BELFORT  
90 1 00872 2

Belfort, le mardi 29 octobre 2019

**GENERIQUE(S) SOUHAITE(S)**

Mohamed ABOUAISSA  
né le 26/03/1953

**Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue**  
(AFFECTION EXONERANTE)

**GLUCOPHAGE 1000 mg Cpr pell séc Plq/90**  
1 cp matin midi et soir au milieu du repas pdt 1 mois

**TRULICITY 1,5 mg S inj en stylo prérempli B/4**  
1 injection SC une fois par semaine pdt 1 mois

**ASPIRINE PROTECT 100 mg**  
1 cp par jour pdt 1 mois

**FERO-GRAD VITAMINE C 500 Cpr enr 2Plq/15 (30)**  
1 cp par jour pdt 1 mois

**BANDELETTES ONE TOUCH VERIO FLEX 1/j pdt 1 mois**

**PHARMACIE DES FORGES**  
21 Rue de Montbéliard  
25400 Audincourt  
25 20 13 206  
Tél. : 03 81 35 56 96

**AR 3 fois**



**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**PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)****PERSONNE RECEVANT les SOINS** de 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

0000000000

date de naissance

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)**

38 ALLEE GEORGES CUVIER - 90500 BEAUCOURT

**IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR**

ALAIN CHAMBERLIN

N° RPPS 10100220606

**IDENTIFICATION de la STRUCTURE**PHARMACIE DES FORGES  
21 RUE DE MONTBELIARD  
25400 AUDINCOURT  
252013206  
Tél : 0381355695

Opérateur : E

**PHARMACIEN REMPLACANT**

nom et prénom

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé

identifiant

**IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce**

RICHARD EMMANUELLE

1 0 0 0 2 4 9 4 2 2 6

raison sociale

2 5 1 0 3 6 1 1 7

identifiant

n° de la structure  
(AM, FINESS ou SIRET)**CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS**

07112019

date de l'accord préalable (le cas échéant)

X

**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

ou

date

J J M M A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

Code tarification détaillée	CIP / réf LPP	Homéo Code Labo	Top décondi- tion	Qté délivré ou utilisée	PU	Mt factu.	Libellé	Nbre btes Utilis.	Mode Presc	Indic. Substi.	Date déb loc.	Date fin loc.
PH7	3400930003763			4	80,82	323,28	TRULICITY 1,5 MG (DUL)					
HD7				4	1,02	4,08	Honoraires dispensation n					
PH7	3400937377355			4	5,87	23,48	METFORMINE 1000MG E					
HD7				4	1,02	4,08	Honoraires dispensation n					
PH7	3400931187943			4	2,33	9,32	FEROGRAD VIT C 105MC					
HD7	3401097399423			4	1,02	4,08	Honoraires dispensation n					
				2			ONE TOUCH VERIO BDLET					
MAD	1186722			2	37,50	75,00	AUTOCONTROLE DU SU					
HDR				1	0,51	0,51	Honoraires liés au médica					
HDE				1	2,04	2,04	Honoraires liés au médica					

imprimer les codes à barres

coller les étiquettes de la liste

des produits et prestations

dans l'ordre de la prescription

PHARMACIE DES FORGES

21 Rue de Montbéliard  
25400 Audincourt

PAIEMENT

445,87 €

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 fournisseursignature de  
l'assuré(e)impossibilité  
de signer