

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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



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

Déclaration de Maladie

N° P19-0039409

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6913

Société : Retraite R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ABOUAÏSSA Med

Date de naissance : 26-03-1951

Adresse : 70 Rue Kotacha N°11 20380

Q. B. B. CASABLANCA

Tél. : 0522 25 57 36

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 : 28-10-2019

Nom et prénom du malade : (DIABETE) ABOUAÏSSA Med Age: 68

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : DIABETE

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 : CASABLANCA

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
29/10/19	CS			Docteur Emmanuelle RICHARD 42 - ENDOCRINOLOGUE ET MALAD. MÉTAB. CONV. ENT. 2 rue Danielle Casanova 90000 BELFORT 90 1 00872 2

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES FORGES 21 Rue de Montbéliard 25400 Audincourt 25 20 13 206 Tél. : 03 81 35 56 95	7/11/19	445,87

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

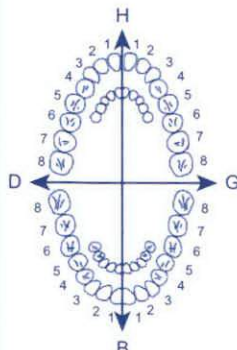
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OC

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

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 - ENDOCRINOLOGIE ET MALAD. MÉTAB. C
2 rue Danielle Casanova
90000 BELFORT
90 1 00872 2

Belfort, le mardi 29 octobre 2019

Mohamed ABOUAÏSSA
né le 26/03/1953

GENÉRIQUE(S) SOUHAITÉ(S)

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue
(AFFECTIION 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

AR 3 fois

PHARMACIE DES FORGES
21 Rue de Montbéliard
25400 Audincourt
25 20 13 206
Tél. : 03 81 35 56 95

Trulicity® 1,5 mg,
pré-rempli
solution injectable en stylo
dulaglutide

Notice

PC: 03400930003703

D131925
04 2021
111347757596

D130845
04 2021
244935795424

D131925
04 2021
203906146538

Prescriptions SANS RAI

CIP 03400937377355
SN 14780PTDCH5V5Y
EXP 01 2022
Lot 9N6444

CIP 03400937377355
SN 14780PTDCH5V5Y
EXP 01 2022
Lot 9N6444

CIP 03400937377355
SN 14780PTDCH6FR2
EXP 01 2022
Lot 9N6444

CIP 03400937377355
SN 14780PTDCH6FR2
EXP 01 2022
Lot 9N6444

LOT 4537837
EXP 06 2022

LOT 4537837
EXP 06 2022

3400931187943
LOT 19013T
EXP 06 2022

3400931187943
LOT 19016T
EXP 06 2022

3400931187943
LOT 19016T
EXP 06 2022

Trulicity® 0,75 mg,
pré-rempli
solution injectable en stylo
dulaglutide

l'utilisateur



N° 11389*05

joindre la prescription
sauf si renouvellementfeuille de soins
pharmacien ou fournisseurArt. 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 (se reporter à)

0 7 1 1 2 0 1 9

date J J M M A A A A

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

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

0 0 0 0 0 0 0 0

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

38 ALLEE GEORGES CUVIER - 90500 BEAUCOURT

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR IDENTIFICATION de la STRUCTURE

ALAIN CHAMBERLIN

N° RPPS 10100220606

PHARMACIE DES FORGES

21 RUE DE MONTBELIARD

25400 AUDINCOURT

252013206

Tél : 0381355695

Opérateur : E

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

identifiant

1 0 0 0 2 4 9 4 2 2 6

raison sociale

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

2 5 1 0 3 6 1 1 7

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

date de l'accord préalable (le cas échéant)

0 7 1 1 2 0 1 9

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 "§"
et les recommandations importantes)

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

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

Code Acte	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 deb 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 105MG					
HD7				4	1,02	4,08	Honoraires dispensation n					
	3401097399423			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 prescriptionPHARMACIE DES FORGES
21 Rue de Montbéliard
25400 Audincourt

PAIEMENT

445,87 €

MONTANT TOTAL
25 20 13 206

Tél : 03 81 35 56 95

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
d'X 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. 162-14 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.