

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.

Pathologie 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.

Éducation :

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 canalaire, 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 canalaire.

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



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 00868 Société :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : Balyette Houssine ep. Slaoui

Date de naissance : 13/08/41

Adresse : 45 Bd Ghazi - Casablanca

Tél. : 0662550674 Total des frais engagés : Euro 23,52 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Conjoint

Lien de parenté : Conjoint

Nature de la maladie : OPÉ

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

Signature de l'adhérent(e) : Balyette Slaoui

Le : 18/02/2020

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

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 canalaire, ainsi que le bilan de

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Centre Hospitalier National d'Ophtalmologie
des Quinze-Vingts**

28 rue de Charenton 75571 Paris Cedex 12

Téléphone : 01 40 02 15 20

Paris, le 19/09/19

M..... SLAOUI Fathia.....

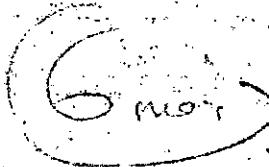
Dijon

(1) CARTE OLE 27/CP

Agile moto

(2) MONOPROST

Agile s



Docteur : ... Bouaziz



QUINZE-VINGTS

CENTRE HOSPITALIER NATIONAL D'OPHTALMOLOGIE

Dr Thomas BOUAZIZ
tampon du service
RPPS 10001894703

75 0000481

Réf. : B4 feuillet 2



assuré social SLAOUI FRANCOISE
n° de Sécurité Sociale 2 41 08 76 540 053 84
Pour tout contact, écrivez à votre caisse directement depuis la messagerie de votre compte Ameli

CPAM d'INDRE et LOIRE Cité administrative Champ-Girault - 36, rue Edouard Vaillant 37035 TOURS CEDEX 9

MME. SLAOUI FRANCOISE
45 BD GANDHI
RES YASMINE ESC D 2 ETG
99350 CASABLANCA 20370 MAROC

Voici le détail des versements vous concernant pour un paiement du 15/01/2020

Le remboursement des sommes que vous avez avancées est d'ores et déjà effectué sur votre compte. Ces informations n'ont pas été transmises à un organisme complémentaire. Si vous en avez un, pensez à lui envoyer ce relevé et conserver une copie.

vos remboursements de soins

dates	nature des prestations	montant payé	base du rembours.	taux	montant versé
	pour FRANCOISE né(e) le 13/08/1941 maladie réf 2061 1936598029917				
24/12/2019	PHARMACIE (PH7)	19,44	19,44	65 %	12,64
24/12/2019	HONOR. DISPENS. (3 HD7) franchise (3 FRH) ⁽¹⁾	3,06	3,06	65 %	1,99 -1,50
24/12/2019	HONOR.DISPENS.REM (HDR)	0,51	0,51	70 %	0,36
24/12/2019	HONOR.DISP.AGE (HDA)	0,51	0,51	70 %	0,36
	maladie réf 2042 2001580004452				
A noter : Pour les prestations figurant ci-après vous n'avez pas réglé directement votre professionnel, les participations forfaitaires, les franchises ou les majorations hors parcours coordonné n'ont donc pas été payées. C'est pourquoi elles sont prélevées de manière différée sur ce remboursement.					
18/11/2019	SEANCES ORTHOPT. pour FRANCOISE né(e) le 13/08/41				-0,50
01/10/2019	ACTE DE CHIRURGIE pour FRANCOISE né(e) le 13/08/41				-1,00
20/12/2019	ACTE TECH MEDICAL pour FRANCOISE né(e) le 13/08/41				-1,00
19/11/2019	CONSULTATION SPE. pour FRANCOISE né(e) le 13/08/41				-1,00
01/10/2019	ACTE DE CHIRURGIE pour FRANCOISE né(e) le 13/08/41				-10,00
20/12/2019	ACTE TECH MEDICAL pour FRANCOISE né(e) le 13/08/41 NOUVEAU SOLDE : 9,65				-0,35
le 15/01/2020 : 0,00 euro(s)					

(1) Les participations forfaitaires et franchises constatées sur ces actes sont déduites du montant remboursé dans la partie « Vos remboursements de soins » ou le seront sur vos prochains règlements.



joindre la prescription
soit si renouvellement
N° 1329*05

feuille de SOINS

pharmacien ou fournisseur

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

numéro de facture (facultatif)

date 01/06/2012

0123456789

PERSONNE RECEVANT les SOINS (ASSURE(E))

PERSONNE RECEVANT les SOINS (la 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

CLAUDE FRANCOISE

date de naissance

241007654005384

code de l'organisme de l'assuré(e) dont
en cas de dispense d'avance des frais
il faut 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

13001041

(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 PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

39 AVE DUQUEUGNE 75004 PARIS

PHARMACIE DE BABYLONE
6 RUE DE BABYLONE
75007 PARIS
752038343

MME AMAR .

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom 10004051271

identifiant

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom

raison sociale

identifiant

n° de la structure
(AM, CHN, SIETT)

HOP CHN QUINZE V

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale date de l'accord préalable (le cas échéant)

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

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

acte conforme au protocole ALD

24122012 action de prévention

autre

X accident causé par un tiers - non

oui date

date

ATMP

numero

ou

date

TARIFICATION détaillée

PRODUITS ou PRESTATIONS DE SERVICES

Prest.	CIP/Ref.LFP(Ut)	Nom et Dénom. c. lab dition.	Ote	PV	Mt Fact	Libelle	Nb. btes	Mod.	Indic.	Date
P17	3400935789525		3	6,48	19,44	CARTOL LP 24 COLLYRE				
HDR			3	1,02	3,06	Honor. dispens. HDR				
HDR			1	0,51	0,51	Honor. dispens. HDR				
JDA			1	0,51	0,51	Honor. dispens. JDA				

MONTANT TOTAL
en euros

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

signature de
l'assuré(e)

impossibi
de signe

23.52