

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.

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° P19-0033123

ND = 21567

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00868 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Buyette Rouane ep. Slam

Date de naissance : 13/08/41

Adresse : 45 Bd ghannouch - Casablanca

Tél. : 0662 50 69 Total des frais engagés : Euro 23,12 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lumière ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Complément OFE

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 : 18/02/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Buyette

[illegible][illegible]

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

[illegible]

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

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
					CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE				CCEFFICIENT 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="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div>				
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

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 / 11 / 19

M. ^m SLAOUI, Thomas

Lycée

(1) CARTEOUL 21 LP

1 gelle le matin

(2) MONOPROST

1 gelle le soir

6 mois

Docteur : Bouaziz



QUINZE-VINGTS
CENTRE HOSPITALIER NATIONAL D'OPHTALMOLOGIE

Dr Thomas BOUAZIZ
tampon du service
RPPS 10001894703



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		(1906662782)		-0,50
01/10/2019	ACTE DE CHIRURGIE pour FRANCOISE né(e) le 13/08/41		(1906836442)		-1,00
20/12/2019	ACTE TECH MEDICAL pour FRANCOISE né(e) le 13/08/41		(1907232656)		-1,00
19/11/2019	CONSULTATION SPE. pour FRANCOISE né(e) le 13/08/41		(2000187005)		-1,00
01/10/2019	ACTE DE CHIRURGIE pour FRANCOISE né(e) le 13/08/41		(1906836443)		-10,00
20/12/2019	ACTE TECH MEDICAL pour FRANCOISE né(e) le 13/08/41 NOUVEAU SOLDE : 9,65		(1907232657)		-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.



N° 11289*05

joindre la prescription
auprès si renouvellementfeuille de soins
pharmacien ou fournisseurArt. 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

0216645

PERSONNE RECEVANT LES SOINS L'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

GLAQUI FRANCOISE

date de naissance

241087654005384

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

130819411

ADRESSE de L'ASSURE(E)

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

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

39 AVE DUQUESNE 75004 PARIS

MME AMAR .

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

10004051271

PHARMACIE DE BABYLONE
6 RUE DE BABYLONE
75007 PARIS
752038349dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom

identifiant

raison sociale

n° de la structure

(AM, TINESS ou SIRET)

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, cocher une case de la ligne suivante)

acte conforme au protocole ALD

24122019

action de prévention

autre

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

X ident. causé par un tiers : non

oui

date

ATMP

numéro

ou

date

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée

Prest	CIP/Ref. LPP(ut)	Homéo-Decon c. lab dition.	Qte	PV	Mt Fact	Libelle	Nb btes-Mod. utili. prest	Indic. Subst.	Date debut loc
PH7	3400935709525		3	6,48	19,44	CARTEOL LP 2X COLLYRE			
MD7			3	1,02	3,06	Honor. dispens. MD7			
MDR			1	0,51	0,51	Honor. dispens. MDR			
MDA			1	0,51	0,51	Honor. dispens. MDA			

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros

23.52

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)impossible
de signer