

# 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

- |                                  |                       |
|----------------------------------|-----------------------|
| 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 caractére personnel.



## Déclaration de Maladie

N° P19- 060200

113- 24793

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00868 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Brunelle Yousra ep. Slaoui

Date de naissance : 13/08/81

Adresse : Residence Yasmine 45 Bd Ghendi

Tél. : 066250693 Total des frais engagés : 113,26 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 12/08/2020 Le :

Signature de l'adhérent(e) :

# 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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

# 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'Oral.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
<img alt="Diagram of the dental arch with numbered teeth from				



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 02/03/2020

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**

<b>dates</b>	<b>nature des prestations</b>	<b>montant payé</b>	<b>base du rembours.</b>	<b>taux</b>	<b>montant versé</b>
pour FRANCOISE né(e) le 13/08/1941 maladie réf 2011 2005802500912					
24/02/2020	PANSEMENTS (PAN)	17,70	13,96	60 %	8,38
24/02/2020	PHARMACIE (PH7)	40,84	40,84	65 %	26,55
24/02/2020	HONOR. DISPENS. (2 HD7) franchise(2 FRH) <sup>(1)</sup>	2,04	2,04	65 %	1,33
24/02/2020	PHARMACIE (PH7)	21,00	21,00	65 %	13,65
24/02/2020	HONOR. DISPENS. (HD7) franchise (FRH) <sup>(1)</sup>	1,02	1,02	65 %	0,66
24/02/2020	HONOR.DISPENS.REM (HDR)	0,51	0,51	70 %	0,36
24/02/2020	HONOR.DISP.AGE (HDA)	1,58	1,58	70 %	1,11
24/02/2020	HONOR.DISP.SPEC (HDE)	3,57	3,57	70 %	2,50
maladie réf 2042 2006280003412					

#### 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.

25/02/2020	PHARMACIE pour FRANCOISE né(e) le 13/08/41	(2001694017)	-1,50
20/12/2019	ACTE TECH MEDICAL pour FRANCOISE né(e) le 13/08/41	(1907232657)	-9,65
19/11/2019	CONSULTATION SPE. pour FRANCOISE né(e) le 13/08/41	(2000187006)	-9,20
	MAJO SPECIALISTES pour FRANCOISE né(e) le 13/08/41	(2000187007)	-0,80

le 02/03/2020 : 31,89 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.

Docteur Philippe MARTINETTI

Diplômé de la Faculté de Médecine Paris VII

MÉDECINE GÉNÉRALE

N° RPPS



10000339274

26088

39 Avenue Duquesne

75007 PARIS

Tél. : 01 47 83 56 57

- Visites le matin

- Consultations l'après-midi

ME SLADOU I -  
Proviseur

RE DELAK ET Valen

DYD STACIDE 500 c. l'apres

Elle matin et l'apres 800

BEYADIE loban

Elle matin, au mdr

ME DILEX BORDER

Elle matin, au mdr

JP

ment des honoraires par chèques est accepté.  
Urgences : le 15

## feuille de soins - médecin

numéro de facture (facultatif)

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

## 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

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

numéro d'immatriculation

2401 40053 84

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

date de naissance

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

DOCTEUR PHILIPPE MARTINETTI

01 MEDECINE GENERALE

CONVENTIONNE

39 AVE DUQUESNE

CODE DE PORTE : 6923b

75007 PARIS

=&gt; 75 1 46543 6 00 1 11 0 01 n°AM

MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé

identifiant

## CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1  
(cf. la notice au verso : § précédé de "e" et les recommandations importantes)

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

acte conforme au protocole ALD      action de prévention      autre

accident causé par un tiers :      non      oui      date

MATERNITE

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

AT/MP

n uméro

ou

date

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 coordination

## ACTES EFFECTUÉS

(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : )

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	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	601	602	603	604	605	606	607	608	609	610	611	612	613	614	615	616	617	618	619	620	621	622	623	624	625	626	627	628	629	630	631	632	633	634	635	636	637	638	639	640	641	642	643	644	645	646	647	648	649	650	651	652	653	654	655	656	657	658	659	660	661	662	663	664	665	666	667	668	669	670	671	672	673	674	675	676	677	678	679	680	681	682	683	684	685	686	687	688	689	690	691	692	693	694	695	696	697	698	699	700	701	702	703	704	705	706	707	708	709	710	711	712	713	714	715	716	717	718	719	720	721	722	723	724	725	726	727	728	729	730	731	732	733	734	735	736	737	738	739	740	741	742	743	744	745	746	747	748	749	750	751	752	753	754	755	756	757	758	759	760	761	762	763	764	765	766	767	768	769	770	771	772	773	774	775	776	777	778	779	780	781	782	783	784	785	786	787	788	789	790	791	792	793	794	795	796	797	798	799	800	801	802	803	804	805	806	807	808	809	810	811	812	813	814	815	816	817	818	819	820	821	822	823	824	825	826	827	828	829	830	831	832	833	834	835	836	837	838	839	840	841	842	843	844	845	846	847	848	849	850	851	852	853	854	855	856	857	858	859	860	861	862	863	864	865	866	867	868	869	870	871	872	873	874	875	876	877	878	879	880	881	882	883	884	885	886	887	888	889	890	891	892	893	894	895	896	897	898	899	900	901	902	903	904	905	906	907	908	909	910	911	912	913	914	915	916	917	918	919	920	921	922	923	924	925	926	927	928	929	930	931	932	933	934	935	936	937	938	939	940	941	942	943	944	945	946	947	948	949	950	951	952	953	954	955	956	957	958	959	960	961	962	963	964	965	966	967	968	969	970	971	972	973	974	975	976	977	978	979	980	981	982	983	984	985	986	987	988	989	990	991	992	993	994	995	996	997	998	999	1000

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

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, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 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.

IMP. COSTE AUBENAS

FSM 01-2011 S 3110j

## 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 SLAOUI FRANCOISE

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

numéro d'immatriculation

2 4 1 0 8 7 6 5 4 0 0 5 3 8 4

371 CPAM TOURS

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

date de naissance

1 3 0 8 1 9 4 1

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom SLAOUI FRANCOISE

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

numéro d'immatriculation

2 4 1 0 8 7 6 5 4 0 0 5 3 8 4

ADRESSE de L'ASSURE(E)

REG. YASMINNE ESC D 2 ETO 45 RD GANDUT 99350 CASABLANCA 20370 MAROC  
IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEURPHARMACIE MESNARD  
42 AV DE BRETEUIL  
75007 PARIS  
Tél : 01.47.83.59.82  
10000427905PHARMACIE MESNARD  
752038125

nom et prénom

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé

identifiant

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

nom et prénom MARTINETTI PHILIPPE

raison sociale

identifiant

1 0 0 0 0 3 3 9 2 7 4

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

7 5 1 4 6 5 4 3 6

## CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

2 4 0 2 2 0 2 0

date de l'accord préalable (le cas échéant)

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 "\*" et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non

X

oui

date

ou

date

AT/MP	numéro	PRODUIT/PIVOT	PRÉPARATIONS DELIVRÉES	nb ite	Subst.	Presc.	Déb. loc	Fin loc
PH7 officiel	3400936873971	1 21.00	21.00 REPEVAX Suso ini Ser/1					
HD7		1 1.02	1.02 Honoraire de dispensation					
PH7	3400931358589	2 20.42	20.42 PYOSTACINE 500mg Cpr pesé					
HD7		2 1.02	1.02 Honoraire de dispensation					
PAN	1321982	1 13.96	17.70 Pansement hydrocellulaire					
HDR		1 0.51	0.51 Honoraire de dispensation					
HDA		1 1.58	1.58 Honoraire de dispensation					
HDE		1 3.57	3.57 Honoraire de dispensation					

## PAIEMENT

Montant primaire : 54.54

MONTANT TOTAL  
en euros

8 8 2 6

Montant mutuelle : 0.00

Montant assuré : 33.72

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

PHARMACIE MESNARD

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 314-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 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.