

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

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 (LLG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 060200

MS = 24793

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00868 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Burelta Housseine ep. Slavou
Date de naissance : 13/08/41
Adresse : Residence Youssef 45 Bd Ghendi case 1
Tél : 066250667 Total des frais engagés : 113,26 Euros Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 12/08/12
Nom et prénom du malade : Complémentaire
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 12/08/12 Le : 12/08/12
Signature de l'adhérent(e) : Slavou

[illegible][illegible]

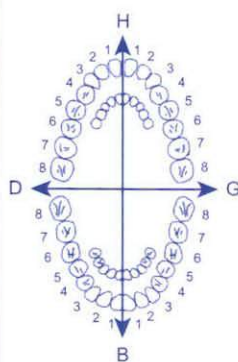
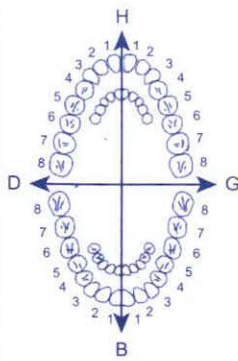
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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

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 canaux, ainsi que le bilan de l'O

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient	
						COEFFICIENT DES TRAVAUX
						MONTANTS DES SOINS
						DEBUT D'EXECUTION
						FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>DG</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div></div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	<div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>				MONTANTS DES SOINS	
					DATE DU DEVIS	
					DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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 9MME. 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

dates	nature des prestations	montant payé	base du rembours.	taux	montant versé
	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)	2,04	2,04	65 %	1,33
	franchise (2 FRH) ⁽¹⁾				-1,00
24/02/2020	PHARMACIE (PH7)	21,00	21,00	65 %	13,65
24/02/2020	HONOR. DISPENS. (HD7)	1,02	1,02	65 %	0,66
	franchise (FRH) ⁽¹⁾				-0,50
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

Mme SLAOUÏ
Françoise

R E DELAX EL Valleri

DYD STACINE 500. Cyprien

Elle m'a dit 24h / 8j

BEYADINE Loten

Le matin, au soir

Mme DILEX-BORZDER

Le matin, au soir



Le paiement des honoraires par chèques est accepté.
Urgences : le 15



N° 12541 *02

feuille de soins - médecin

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

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

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)

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

IDENTIFICATION DU MEDECIN

DOCTEUR PHILIPPE MARTINETTI

01 MEDECINE GENERALE

CONVENTIONNE

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

39 AVE DUQUESNE

CODE DE PORTE : 6923b

75007 PARIS

=> 75 1 46543 6 00 1 11 0 01 n°AM

MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

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

numéro

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 EFFECTUES

(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	dépass.	frais de déplacement		
							LD. ②	M.D. ③	montant ③
24/02/20	60				25€				

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)

25€

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 actessignature 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 suivante 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

Utilisateur : 10

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

0 1 3 7 1 2 0 4 2
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)

RES YASMINE ESC D 2 ETG 45 RD GONDUI 53350 CASABLANCA 30370 MOEDIC
IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR IDENTIFICATION de la STRUCTUREPHARMACIE MESNARD
42 AV DE BRETEUIL
75007 PARIS
Tél : 01.47.83.59.82
10000427905PHARMACIE MESNARD
752038125

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 MARTINETTI PHILIPPE

identifiant

1 0 0 0 0 3 3 9 2 7 4

raison sociale

n° de la structure
(AM, FINES 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 "e"
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

Code	CIP / LPP	U.P	Qté	Remb.	P.T.	U.T.	P.T.	PRESTATIONS DELIVREES	Nb	Ete	Substi.	Presc.	Déb. loc	Fin loc
PH7	3400936873971		1	21.00	21.00	21.00		REPEVAX Susp ini Ser/1						
HD7			1	1.02	1.02	1.02		Honoraire de dispensation						
PH7	3400931358589		2	20.42	20.42	40.84		PYOSTACINE 500mg Cpr pesé						
HD7			2	1.02	1.02	2.04		Honoraire de dispensation						
PAN	1321982		1	13.96	17.70	17.70		Pansement hydrocellulaire						
HDR			1	0.51	0.51	0.51		Honoraire de dispensation						
HDA			1	1.58	1.58	1.58		Honoraire de dispensation						
HDE			1	3.57	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 613-1 à 613-3, 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.