

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 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

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.

N° W19-584928

60419

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00512

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : EL MOUSSI Moulay Abdesslam

Date de naissance : 21-01-45

Adresse : Hay el Hana Rue 32 N°32 CASA

Tél. 06 19 44 96 32

Total des frais engagés : 210,76 €

Cadre réservé au Médecin

Docteur Pierre CASSAIGNE

Praticien Hospitalier Gériatre
CENTRE HOSPITALIER DE GRAULHET
81300 GRAULHET

RPPS : 10002875853

Date de consultation : 02-11-2020

Nom et prénom du malade : EL MOUSSI Saeida

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie : arthrose de la hanche

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

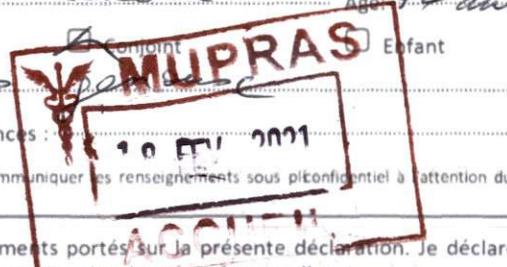
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :

Le : 19/08/21



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
26.11.2020	Conciliation	1	100000

Docteur Pierre CASSAIGNE
Praticien Hospitalier Gériatre
CENTRE HOSPITALIER DE GRAULHET
81300 GRAULHET
10002875853

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature Monsieur Fadi KOUMI	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
26-Masseur-Kinésithérapeute 7, rue des Chalets 81600 MAILLAC Tél. : 05 63 57 15 98 81 7 00676 0 00 1 30 1 26	du 02/11/20 du 19/11/20 du 23/11/20 du 30/11/20	Ans75 Ans95				129,04 € 81,72 € 210,76

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 l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le ..26.10.10....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 00512 e-mail : Phones : 06 19 44 96 32
 Nom et Prénom de l'adhérent : EL MOUMI Marlay Aladeslam
 Nom et Prénom du bénéficiaire : EL MOUMI Sadia

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : docteur CASSAIGNE Pierre

Estime que l'état de santé de Mme, Mme, M. EL MOUMI Sadia

Nécessite

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

AMS 7.5 / ANS 9.5

Une hospitalisation de (approximatif)

A (préciser l'établissement hospitalier)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :

épure calciéenne, entorse évidée du genou
 La physiothérapie + rééducation

Cachet, date et signature du praticien

26 10 2020

Docteur Pierre CASSAIGNE
 Praticien Hospitalier Gériatre
 CENTRE HOSPITALIER DE GRAULHET
 81300 GRAULHET
 RPPS : 10002875853

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.



Graulhet, le 02/11/2020

Service :

Médecin Responsable : Dr CARAYON Jean-Yves

N° RPPS :



10002893336

Docteur : CASSAIGNE

Nom : EL MOUMI Sadia

Traitement Q.S.P. :

A renouveler :

physiothérapie + rééducatrice
sur articulation du genou
invalidante plus
épine calcaneenne
douze séances

Docteur Pierre CASSAIGNE

Praticien Hospitalier Gériatre

CENTRE HOSPITALIER DE GRAULHET

81300 GRAULHET

RPPS : 10002875853

81883411224930

N° Finess :



810000398

En cas d'urgence, composer le 15

CENTRE HOSPITALIER - 19 Rue du Dr Bastié - B.P. 49 - 81301 GRAULHET

Tél. 05.63.42.30.00 - Fax : 05.63.42.30.25



Docteur Mélanie TERRAS
Spécialiste en Médecine Générale
Conventionné Secteur 1

Galerie du Foirail
50. rue de la Madeleine - 81600 GAILLAC
Tel. : 05 63 58 34 71
Fax : 05 63 81 46 07



811004860



10100906766

GAILLAC, le 20/11/2020

-Mme Saadia EL MOUMI, née le 01/01/1946

Par Masseur-Kinésithérapeute DE
BDK et Séances de kinésithérapie

Pour:
rééducation du rachis lombaire
rééducation des membres inférieurs

Séances en fonction

Merci de m'envoyer le bilan par Medimail svp

Docteur Mélanie TERRAS
Spécialiste en Médecine Générale
RPPS 10100906766 MADELI 811 004 860
Galerie du Foirail (50 rue de la madeleine)
81600 GAILLAC - Tél. 05 63 58 34 71

joindre la prescription
(s'il n'y a pas eu demande
d'accord préalable)feuille de soins
auxiliaire médical(e)

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)

0 0 0 0 7 3 5 1 3
3 0 1 1 2 0 2 0

date

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT LES SOINS (la zone " nom et prénom " est obligatoirement remplie par l'auxiliaire médical(e))

nom et prénom **EL MOUMI SAADIA**
(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse)

numéro d'immatriculation

0 0 0 0 0 0 0 0 0

date de naissance **J J M M A A A A**code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par l'auxiliaire médical(e))

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

nom et prénom
(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse)

numéro d'immatriculation

ADRESSE DE L'ASSURE(E)

IDENTIFICATION DE L'AUXILIAIRE MEDICAL(E)

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

MADAME GENESTOU-COMBES CAMILLE

26 MASSEUR-KINESITHERAPEUTE

7 RUE DES CHALETS

CONVENTIONNE

81600 GAILLAC

AUXILIAIRE MEDICAL(E) REMPLACANT(E)

=> 81 7 00187 8 00 1 30 1 26 n°AM

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 **TERRAS Melanie**

raison sociale

identifiant

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

8 1 1 0 0 4 8 6 0

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE RECEVANT LES SOINS

prestation ou traitement prescrit le **2 0 1 1 2 0 2 0**

accord préalable du

 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)

soins en rapport avec le 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

ACTES EFFECTUÉS

dates des actes	codes des actes	tarification	montant des honoraires	frais de déplacement		
				1 dépass.	2 I.F. nbre	3 I.K. montant
2 3 1 1 2 0 2 0	AMS 9.5		2 0 4 3			
2 5 1 1 2 0 2 0	AMS 9.5		2 0 4 3			
2 7 1 1 2 0 2 0	AMS 9.5		2 0 4 3			
3 0 1 1 2 0 2 0	UTILISER		2 0 4 3			
		EN ATTENTE				
		DU CODAGE				
		DES ACTES				

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)

8 1 7 2

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

signature de l'auxiliaire
médical(e) ayant effectué
l'acte ou les actessignature de
l'assuré(e)

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

impossibilité
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de peines financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal et 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.

quelques conseils pour remplir votre feuille de soins

Le bon remplissage de votre feuille de soins est la garantie de votre remboursement par l'assurance maladie.

La première information à donner concerne **la personne recevant les soins et l'assuré(e)**

Si vous ne payez pas votre auxiliaire médical(e), celui-ci (celle-ci) remplira l'ensemble de cette rubrique, sur présentation de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne.

Si vous payez votre auxiliaire médical(e), celui-ci (celle-ci) indiquera uniquement vos nom et prénom, dans la zone prévue, selon vos indications ou au vu des informations portées dans votre carte Vitale ou sur l'attestation papier qui l'accompagne.

Les autres zones seront remplies par vous-même (**le code de l'organisme de rattachement n'est pas à préciser**).

- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous êtes **assuré(e) social(e)**, inscrivez seulement :
 - votre **numéro d'immatriculation** (en vous aidant de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne).
- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous n'êtes pas **assuré(e) social(e)**, indiquez :
 - votre **numéro d'immatriculation**,
 - ou** (si celui-ci ne vous a pas été communiqué),
 - votre **date de naissance**,
 - le **nom et le prénom de l'assuré(e) auquel (à laquelle) vous êtes rattaché(e)** et son **numéro d'immatriculation**.

Toutes les autres rubriques de la feuille de soins sont à compléter par votre auxiliaire médical(e).

- * • Si vos soins sont dispensés au titre de l'article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, il(elle) doit le préciser dans la case prévue à cet effet.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident causé par un tiers, précisez-le lui ainsi que la date de cet accident. Ces renseignements doivent **obligatoirement** figurer sur la feuille de soins car ils permettent à l'assurance maladie de récupérer les frais relatifs à l'accident auprès de l'assureur concerné.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident du travail, dont vous avez été victime, ou avec une maladie professionnelle, présentez-lui la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle qui vous a été remise par votre employeur ou par votre organisme d'assurance maladie.

recommandations importantes :

Le double de votre prescription médicale doit être joint à l'envoi de votre feuille de soins (sauf s'il a été joint à la demande d'accord préalable)

Prévenez votre organisme d'assurance maladie en **cas de changement intervenant dans votre situation**, par exemple :

- * **changement de compte** bancaire, postal ou de caisse d'épargne : adressez-lui le relevé d'identité correspondant.
- * **changement d'organisme** d'assurance maladie : prenez contact avec votre nouvel organisme d'assurance maladie pour le transfert de votre dossier afin de ne pas retarder le remboursement de vos soins et prestations, **n'oubliez pas** également d'indiquer **vos nouvelle adresse sur la feuille de soins**.

* **Si votre auxiliaire médical(e) a coché la case "SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1", la feuille de soins doit être adressée à l'organisme gestionnaire mentionné sur votre attestation de pensionné(e).**

N'oubliez pas de signer votre feuille de soins.

joindre la prescription
(s'il n'y a pas eu demande
d'accord préalable)feuille de soins
auxiliaire médical(e)

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)

0 0 0 0 7 3 5 1 2
3 0 1 1 2 0 2 0

date

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT LES SOINS (la zone "nom et prénom" est obligatoirement remplie par l'auxiliaire médical(e))

nom et prénom **EL MOUMI SAADIA**
(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse)

numéro d'immatriculation

0 0 0 0 0 0 0 0 0

date de naissance **J J M M A A A A**code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par l'auxiliaire médical(e))

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

nom et prénom
(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse)

numéro d'immatriculation

ADRESSE DE L'ASSURE(E)

IDENTIFICATION DE L'AUXILIAIRE MEDICAL(E)

MADAME GENESTOU-COMBES CAMILLE

26 MASSEUR-KINESITHERAPEUTE

CONVENTIONNE

AUXILIAIRE MEDICAL(E) REMPLACANT(E)

nom et prénom

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

81600 GAILLAC

=> 81 7 00187 8 00 1 30 1 26 n°AM

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom **HOPITAL Graulhet**

raison sociale

identifiant

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

8 1 0 0 0 0 3 9 8

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE RECEVANT LES SOINS

prestation ou traitement prescrit le **0 2 1 1 2 0 2 0**

accord préalable du

 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)soins en rapport avec le protocole **ALD** action de prévention autreaccident causé par un tiers : non oui date **J J M M A A A A****MATERNITE** date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement **J J M M A A A A****AT/MP** numéro ou date **J J M M A A A A**

ACTES EFFECTUÉS

dates des actes	codes des actes	tarification	montant des honoraires ①	dépass.	frais de déplacement		
					I.F. ②	I.K. nbre ③	DD montant ④
0 2 1 1 2 0 2 0	AMS 7.5		1 6 1 3				
0 4 1 1 2 0 2 0	AMS 7.5		1 6 1 3				
0 6 1 1 2 0 2 0	AMS 7.5		1 6 1 3				
0 9 1 1 2 0 2 0	AMS 7.5		1 6 1 3				
1 1 1 1 2 0 2 0	AMS 7.5		1 6 1 3				
1 6 1 1 2 0 2 0	AMS 7.5		1 6 1 3				
1 8 1 1 2 0 2 0	AMS 7.5		1 6 1 3				
1 9 1 1 2 0 2 0	AMS 7.5		1 6 1 3				

DES ACTES

J J M M A A A A

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)

1 2 9 0 4

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature de l'auxiliaire
médical(e) 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 suivants du Code pénal et 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.

quelques conseils pour remplir votre feuille de soins

Le bon remplissage de votre feuille de soins est la garantie de votre remboursement par l'assurance maladie.

La première information à donner concerne **la personne recevant les soins et l'assuré(e)**

Si vous ne payez pas votre auxiliaire médical(e), celui-ci (celle-ci) remplira l'ensemble de cette rubrique, sur présentation de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne.

Si vous payez votre auxiliaire médical(e), celui-ci (celle-ci) indiquera uniquement vos nom et prénom, dans la zone prévue, selon vos indications ou au vu des informations portées dans votre carte Vitale ou sur l'attestation papier qui l'accompagne.

Les autres zones seront remplies par vous-même (**le code de l'organisme de rattachement n'est pas à préciser**).

- * vous êtes la **personne recevant les soins** et vous êtes **assuré(e) social(e)**, inscrivez seulement :
 - votre **numéro d'immatriculation** (en vous aidant de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne).
- * vous êtes la **personne recevant les soins** et vous n'êtes pas **assuré(e) social(e)**, indiquez :
 - votre **numéro d'immatriculation**,
 - ou** (si celui-ci ne vous a pas été communiqué),
 - votre **date de naissance**,
 - le **nom et le prénom de l'assuré(e) auquel (à laquelle) vous êtes rattaché(e)** et son **numéro d'immatriculation**.

Toutes les autres rubriques de la feuille de soins sont à compléter par votre auxiliaire médical(e).

- * • Si vos soins sont dispensés au titre de l'article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, il(elle) doit le préciser dans la case prévue à cet effet.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident causé par un tiers, précisez-le lui ainsi que la date de cet accident. Ces renseignements doivent **obligatoirement** figurer sur la feuille de soins car ils permettent à l'assurance maladie de récupérer les frais relatifs à l'accident auprès de l'assureur concerné.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident du travail, dont vous avez été victime, ou avec une maladie professionnelle, présentez-lui la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle qui vous a été remise par votre employeur ou par votre organisme d'assurance maladie.

recommandations importantes :

Le double de votre prescription médicale doit être joint à l'envoi de votre feuille de soins (sauf s'il a été joint à la demande d'accord préalable)

Prévenez votre organisme d'assurance maladie en **cas de changement intervenant dans votre situation**, par exemple :

- * **changement de compte** bancaire, postal ou de caisse d'épargne : adressez-lui le relevé d'identité correspondant.
- * **changement d'organisme** d'assurance maladie : prenez contact avec votre nouvel organisme d'assurance maladie pour le transfert de votre dossier afin de ne pas retarder le remboursement de vos soins et prestations, **n'oubliez pas** également d'indiquer **votre nouvelle adresse sur la feuille de soins**.

* **Si votre auxiliaire médical(e) a coché la case "SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1", la feuille de soins doit être adressée à l'organisme gestionnaire mentionné sur votre attestation de pensionné(e).**

N'oubliez pas de signer votre feuille de soins.