

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 074039

ND: 88535

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0868 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Burelle Françoise ep Shoum
Date de naissance : 13/08/41
Adresse : 45 Bd Zouhairi BCD
Tél. : 0662 00 69 Total des frais engagés : 100 Euro Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Complément CFC
Date de consultation : 24/09/2021
Nom et prénom du malade : Burelle Françoise 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 15/10/21 Le :
Signature de l'adhérent(e) : Shoum

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

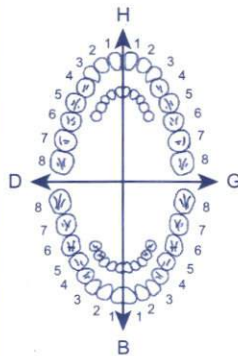
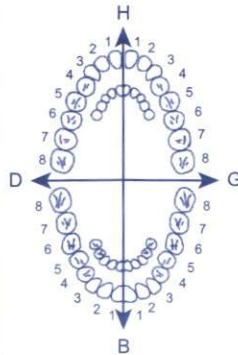
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 de SEINE-et-MARNE
77605 MARNE-LA-VALLEE CEDEX 03

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 11/10/2021

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 0033 2128063802916				
24/09/2021	URGENCE CONSULTATION SPE. Sect2 (CS) participation forfaitaire (PFH)	100,00	23,00	70 %	16,10 -1,00
	le 11/10/2021 : 15,10 euro(s)				



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 24.09.21

PERSONNE RECEVANT LES SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom SLAVU FLOU GORE
nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)
numéro d'identification 24 10 876 540 053 84carré de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le médecin)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)

ADRESSE DE L'ASSURE(E)

IDENTIFICATION DU MEDICIN

DOCTEUR ISABELLE JOFFRE

05 DERMATOLOGIE ET VENEREOLOGIE

CONV. HONO. LIBRES

MEDECIN REMPLACANT

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

1 RUE DU MARECHAL HARISPE

75007 PARIS

=> 75 1 47690 4 00 3 31 0 05 n°AM

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

2 MALADIE en consultation de la spécialité (cocher une case de la ligne suivante)
acte effectué en présence d'un

accident cause par un tiers non oui

MATERNITE

ALMP

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case

si le patient est envoyé par le médecin traitant, cochez la ligne ci-dessous

nom et prénom du médecin

si le patient est envoyé par le médecin traitant, cochez la ligne ci-dessous

mode de consultation

urgence

hors résidence habituelle

médecin traitant remplaçant

N° de l'assurance maladie

ACTES EFFECTUES

(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : 24.09.21)

date de l'acte	acte	coefficient	montant de l'acte	montant de la prestation	montant de la participation	montant de la franchise	montant de la coassurance	montant de la franchise	montant de la coassurance
24 09 21	Cs		400						

PAIEMENT

montant de l'acte	montant de la prestation	montant de la participation	montant de la franchise	montant de la coassurance
400				

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

Quand on se rend compte de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'interdiction d'exercice d'activité médicale et de contrôle.
Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations soignées, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie pour le remboursement et de contrôle.
En application de la loi du 17 janvier 1975 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.

ANP COSTE AUSIMIS

FSM 01-2011 S 3110j