

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

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.

cique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

Nº M21- 074039

ND: 88535

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0868

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Burette Françoise ep. Sbaoui

Date de naissance :

13/08/40

Adresse :

Residence Yasmine Esc D
45 Bd Grenouille Casablanca

Tél. :

0662 550 691

Total des frais engagés : 100 Euros Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément CFC

Date de consultation :

21/09/2021

Nom et prénom du malade :

Burette 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 13/10/21

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Gloria

Autorisation CNPD N° : A-A-215 / 2019

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 - RADIOGRAPHIES~~

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET GACHET 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 AmeliCPAM de SEINE-et-MARNE
77605 MARNE-LA-VALLÉE 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)					

cerfa

N° 12541*02

feuille de soins - médecin

Art. R. 151-40 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 26.09.21

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

nom et prénom : **Slavomir Frangose**
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))
numéro d'immatriculation : **241087654005384**

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

date de naissance :

ASSURÉ(E) à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e)
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation :

ADRESSE DE L'ASSURÉ(E)

IDENTIFICATION DU MÉDECIN

DOCTEUR ISABELLE JOFFRE

05 DERMATOLOGIE ET VENEREOLOGIE

CONV. HONO LIBRES

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

1 RUE DU MARECHAL HARISPE

75007 PARIS

=> 751476904 00331005 n°AM

dispositif de coordination
de soins

SOINS : admissions au titre de l'art. L. 212-1
(c) en moyen de remboursement
et les modalités d'accès aux prestations

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

2 MALADIE ET ACCIDE

acte conforme au protocole ATMP

acte de prescription

date

d

accident dans le cadre d'un travail

accident dans le cadre d'un travail

MATERNITÉ

date de naissance ou date de naissance prévue

ATMP

date de naissance prévue

Si vous êtes le nouveau médecin traitant choisissez cette case

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

non en présence du médecin

Cette case n'a pas d'effet sur la mise de la ligne suivante

accès à vos spécialités

éligibilité

bons résidence hospitalier

médecin traitant renseigné

soins pris dans votre structure

ACTES EFFECTUÉS

(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : 26.09.21)

soins	date	remboursement	facture

26.09.21

CS

100

PAIEMENT

100

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

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

signature du médecin
avant réception
d'aide ou les actes

Nelly

signature de
l'assuré(e)

Slavomir

impossibilité
de signer

Demandez le rend compte de fraude ou de faux. La déclaration est passible de sanctions financières, d'interdiction d'exercice et/ou d'empêchement (articles 213, 214, 215, 410-19, 44-11 et suivants du Code pénal). Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance complémentaire pour remboursement et de contrôle. En application de la loi du 5 janvier 1975 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant. Le cas échéant, leur notification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

PAR COURRIER A L'ENVOI

FSM 01-2011 S 3110j