

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *0268*

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Burelle Fréwane ep. Slouci

Date de naissance :

13/08/1941

Adresse :

*Residence Ijazine Esa D.
45 Bd Ghazi*

Tél. :

0662550695

Total des frais engagés : *Euros 100,00 Dhs*

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément AF

Date de consultation :

20/04/2022

Nom et prénom du malade :

SLaoui Fréwane

Age :

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Consultation

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 : *Casa* Le : *06/06/22*

Signature de l'adhérent(e) :

Ghoulia



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

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

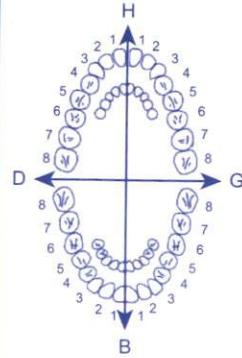
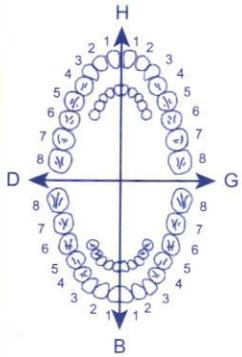
AUXILIAIRES MEDICAUX

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 l'ODF.

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" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">G</td> <td style="padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
G															
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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													



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-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 la période du 01/05/2022 au 31/05/2022 .

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 2212303039915				
20/04/2022	PARCOURS COORDONNE - MEDECIN CORRESPONDANT CHIRURGIE Sect2 (CS) participation forfaitaire (PFH)	100,00	23,00	70 %	16,10 -1,00
	maladie réf 2042 2214580008205				
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.					
03/03/2022	ACTE BIOLOGIE pour FRANCOISE né(e) le 13/08/41		(2204608164)		-2,00
	SOINS INFIRMIERS pour FRANCOISE né(e) le 13/08/41		(2204608165)		-0,50
19/04/2022	PHARMACIE pour FRANCOISE né(e) le 13/08/41		(2207373524)		-1,00
21/04/2022	PHARMACIE pour FRANCOISE né(e) le 13/08/41		(2207373525)		-1,50
02/05/2022	PHARMACIE pour FRANCOISE né(e) le 13/08/41		(2207911541)		-1,00
	PHARMACIE pour FRANCOISE né(e) le 13/08/41		(2207911542)		-4,00
03/05/2022	ACTE BIOLOGIE pour FRANCOISE né(e) le 13/08/41		(2208131826)		-2,00
	SOINS INFIRMIERS pour FRANCOISE né(e) le 13/08/41		(2208131827)		-0,50
06/05/2022	ACTE BIOLOGIE pour FRANCOISE né(e) le 13/08/41		(2208415842)		-2,00
	SOINS INFIRMIERS pour FRANCOISE né(e) le 13/08/41		(2208415843)		-0,50
12/05/2022	ACTE BIOLOGIE pour FRANCOISE né(e) le 13/08/41 NOUVEAU SOLDE : 1,90		(2208643652)		-0,10
le 25/05/2022 : 0,00 euro(s)					

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 *2021 2022*

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 *SCAOUI Françoise*

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

numéro d'immatriculation *2410876540053 84*date de naissance *1 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 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))

numéro d'immatriculation

ADRESSE DE L'ASSURE(E)

IDENTIFICATION DU MEDECIN

DOCTEUR BAUER THOMAS

41 CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE

CONVENTIONNE HOMO. LIBRES

MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

HOPITAL AMBROISE PARE**9 AV CHARLES DE GAULLE**

SERVICE CHIR ORTHOPEDIQUE

92100 BOULOGNE BILLANCOURT

Tél 01 49 09 55 65

=> 92 1 18805 8 00 3 31 0 41 n°AMdispositif 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)

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 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 : *Docteur**MARTINETTI*

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 : *1 J J M M A A A A*)

dates des actes	codes des actes	activité	C/CS CNPSY V. VS VNPSPY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	trajet de déplacement
<i>2021 2022</i>		<i>CS</i>			<i>100</i>	<i>LD</i> <input checked="" type="checkbox"/> <i>M.D.</i> <input type="checkbox"/>
						<i>I.K.</i> <input type="checkbox"/> <i>nbre</i> <input type="checkbox"/> <i>montant</i> <input type="checkbox"/>

*2021 2022**CS**100*

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)*100*

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*G*signature de
l'assuré(e)*Ghov*impossibilité
de signer