

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.

Médecine 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.

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.

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

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° P19- 0016796

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0785

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MAJID SAIDI

Date de naissance : 01/06/1948

Adresse : 190. TISSIR II. BERRECHID

Tél. : 06 610 73541

Total des frais engagés : 2500 DH + 70 Euro Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : MAJID SAIDI

Age : 71 ans

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 : Berrechid

Le : 29/11/19

Signature de l'adhérent(e) : SAIDI

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
<i>Praticien Khamdy - CONTACT - Ophtalmologue - Diplôme d'Etat IF 06/00051 - Per N° 4007-88-CNSB 224482</i>	29/11/2019	2500,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

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	Cœfficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches showing numbered teeth from 1 to 8 on each side. A coordinate system is overlaid with points H (top), G				

Docteur Jacques DARONDEAU

OPHTALMOLOGISTE

Attaché des Hôpitaux de Paris

MALADIES DES YEUX
CHIRURGIE OCULAIRE
LASER
LENTILLES DE CONTACT

92 1 04196 8

6, Place des Martyrs
92110 CLICHY

Tél. : 01-47-37-57-56

Sur Rendez-vous

MA Fid Said

12 NOV. 2019

Valeurs phrmo

-0,50 (+9,75 -35)

-0,50 (+1 -175)

+3,50

Membre



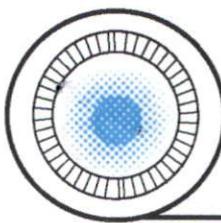
RPPS :



10000931658

Membre d'une association de gestion agréée, règlement par chèque accepté.

optic contact



Opticien



065008021

Khalid Admy

Opticien Optométriste

Facture N° M65718

Berrechid, le

29/11/2018

Client : M^{me} Majid Saffy

Code	Description	Total
431	VISIR Vers propres	1000
431	signs 460/20	1000
	emate	500
		2000
01	-0,50 (+0,75 à 35)	1000
06	-0,500 (+1,00 à 175)	300
	OPTIC CONTACT Opticien Khalid ADMY 57 Bis Rue Medina Berrechid - Tél. 06 10 05 1... Fax 06 10 05 1... Diplôme de l'École Supérieure de la Vision N° 06 10 05 1... C.N.S.S. 2244797 - I.C.E. 001554434000048 - R.C. 607 Berrchid	

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

Deux mille cinq cent dirhams

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 J J M M A A A A

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

numéro d'immatriculation

--	--	--	--	--	--	--	--

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

date de naissance J J M M A A A A

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 DARONDEAU JACQUES

15 OPHTALMOLOGIE

CONV. HONO.LIBRES

MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

6 PLA DES MARTYRS

92110 CLICHY

Tél 0147375756

=> 92 1 04196 8 00 3 31 1 15 n°AM

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

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1
(cf. la notice au verso : § précédé de "§"
et les recommandations importantes)

accident 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

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 : *CHERIKA*

(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 EFFECTUÉS

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

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	frais de déplacement	
					Dép. I.D. ②	I.K. M.D. nbre montant ③
12 NOV. 2019	B6 QP 02 1			1 40		
12 NOV. 2019	BZ QP 010 2			2 30		

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)

70

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

J

signature de l'assuré(e)

CMA

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, 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.

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 médecin, celui-ci remplit l'ensemble de cette rubrique, sur présentation de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne, y compris le code de l'organisme de rattachement.

- Si vous payez votre médecin, celui-ci indique uniquement vos nom et prénom, selon vos indications, ou en reprenant les informations contenues dans votre carte Vitale ou sur l'attestation papier qui l'accompagne.

Les autres lignes de cette rubrique sont à compléter par vous-même (le code de l'organisme de rattachement ne doit pas être indiqué dans ce cas) :

• si vous êtes la personne recevant les soins et aussi l'assuré(e), inscrivez seulement :

- votre numéro d'immatriculation (il est indiqué sur votre carte Vitale et sur l'attestation papier qui l'accompagne),

• si vous êtes la personne recevant les soins mais pas l'assuré(e), écrivez :

- 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,

M* complétez enfin cette rubrique en indiquant l'adresse de l'assuré(e).

Toutes les autres rubriques de la feuille de soins sont à remplir par votre médecin, y compris le numéro de facture qui est une zone facultative destinée à son usage.

• Si l'acte qu'il effectue est en rapport avec l'affection de longue durée (ALD), il doit le préciser dans la case prévue à cet effet.

* • 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 doit le préciser dans la case prévue à cet effet.

• Si vos soins sont liés à un accident causé par une personne autre que vous-même, précisez-le lui ainsi que la date de cet accident. Ces renseignements, recueillis sous votre responsabilité, doivent obligatoirement figurer sur la feuille de soins car ils permettent à l'assurance maladie de récupérer les frais relatifs à votre accident auprès de l'assureur de la personne ayant causé cet accident.

• Si vos soins sont liés à un accident du travail, ou à une maladie professionnelle, présentez à votre médecin la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle qui vous a été remise par votre employeur ou par votre organisme d'assurance maladie.

• Si le médecin qui remplit la feuille de soins est votre nouveau médecin traitant, il doit cocher la case prévue à cet effet. Dans ce cas, n'oubliez pas d'envoyer à votre caisse d'assurance maladie la nouvelle déclaration de choix du médecin traitant.

• Si le médecin qui remplit la feuille de soins n'est pas le médecin traitant que vous avez déclaré, il doit indiquer si l'acte est réalisé à la demande de celui-ci. Dans ce cas, il reporte sur la feuille de soins le nom et le prénom de votre médecin traitant. Si votre état de santé nécessite l'intervention de plusieurs médecins, ces informations doivent également être reportées sur la feuille de soins par ces médecins.

Dans la négative, le médecin doit cocher l'une des cases permettant de préciser si les soins sont réalisés :

- par un médecin exerçant une spécialité à accès direct (gynécologie, ophtalmologie, psychiatrie) ou par un médecin exerçant dans une consultation hospitalière de tabacologie, d'alcoologie ou de lutte contre les toxicomanies (art. D 162-1-6, 6° du Code de la sécurité sociale),

- en urgence,

- hors de votre résidence habituelle (par exemple lorsque vous êtes en congé),

- par un médecin remplaçant votre médecin traitant en son absence,

- en accès libre non coordonné, c'est-à-dire lorsque vous consultez directement un médecin qui n'est pas votre médecin traitant.

Recommandations importantes :

Prévenez votre organisme d'assurance maladie à l'occasion d'un changement intervenant dans votre situation, comme, par exemple, en cas de :

• changement de compte bancaire, postal ou de caisse d'épargne : envoyez-lui votre nouveau relevé d'identité de compte,

• 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. Votre ancien organisme d'assurance maladie peut vous aider dans cette démarche.

* Si le médecin 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.