

## 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 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

MUPRAS : Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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° W19-521402

*Euros*

### Maladie

### Dentaire

*26667*

### Optique

### Autres

Matricule : *6913*

Société : *ROYAL AIR MAROC*

### Actif

### Pensionné(e)

### Autre :

Nom & Prénom : *ABOUESSA*

*7002*

Date de naissance : *26/13/1951*

Adresse : *70 Rue Mohamed Fakir n°11 20380 Casablanca*

Télé : *0522 20 45 45*

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

*Docteur Emmanuelle RICHARD*

*42- ENDOCRINOLOGUE ET MALAD. MÉTAB. CONVENT.*

*2 Rue Danielle Casanova*

*90000 BELFORT*

*09 1 008722*

Date de consultation : *18/02/2020*

Nom et prénom du malade : *ABOUESSA*

*7002*

Age :

Enfant

Lien de parenté : *Elle-même*

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie : *DIABÈTE*

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*

Le *12/02/2020*

Signature de l'adhérent(e) : *Affirme*

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-521402

*6913*

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : *6913*  
 Nom de l'adhérent(e) : *ABOUESSA*  
 Total des frais engagés : *305142*  
 Date de dépôt :

<b>EXECUTION DES ORDONNANCES</b>		
Cachet du Pharmacien DUFOUR FOURNISSEUR	Date 13.12.20	Montant de la Facture 305,42
<b>PHARMACIE DES FORGES</b>		
21 Rue de Montbéliard		
25400 Audincourt		
25 20 13 206		
Tél. 03 84 25 52 05		

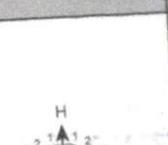
ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
.....						.....	
.....						.....	
.....						.....	
.....						.....	

### VIOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'U			
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			INP : <input type="text"/>
			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
			DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
			FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
			VALIDATION DU COEFFICIENT <input type="text"/>





CIP 03400937377355  
SN 14750W9V6Y64WP  
EXP 04/2022  
Lot 9N6010



EXP 10 2022  
LOT 190221  
3400931181943



0340 0937377355  
14780 TKMENGA3D  
03 2 022

PCIP 0340093737355  
FNSN 14780TKMEN9ACA  
EXP 03 2022  
Lot 9NG520

07 2021  
180016083355  
409007294518  
06 2021  
D77650

0192478  
0782021  
063849489871

0192478  
08 2021  
06384948

07 2021  
180016083

# CABINET D'ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES METABOLIQUES

## Dr Emmanuelle RICHARD

2, rue CASANOVA - 90000 BELFORT  
Tél. / Fax : 03 84 28 61 96

## SUR RENDEZ-VOUS

## **Docteur Emmanuelle RICHARD**

### Diplômée d'études spécialisées

Diabétologie - Endocrinologie - Maladies métaboliques

Ancienne interne du CHU de Besançon

90 10 0872 2  
RPPS 10002494226

Belfort, le mercredi 12 février 2020

### **GENERIQUE(S) SOUHAITE(S)**

Mohamed ABOUAISSA  
né le 26/03/1953

## Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue. (AFFECTION EXONERANTE)

**GLUCOPHAGE 1000 mg Cpr pell séc Plq/90**  
**1 cp matin midi et soir au milieu du repas pdt 1 mois**

(3 mos)

TRULICITY 1,5 mg S inj en stylo prérempli B/4  
1 injection SC une fois par semaine pdt 1 mois

( 3mors )

**ASPIRINE PROTECT 100 mg**  
**1 cp par jour pdt 1 mois**

Now

FERO-GRAD VITAMINE C 500 Cpr enr 2Plq/15 (30)

BANDEL ETTE ONE TOUCH VERIO FLEX 1/i pdt 1 mois -> 1B<sup>+</sup> - Seulement

LANCETTES ONE TOUCH VERIO FLEX 1/j pdt 1 mois *Non*

AR 2 fois

Docteur Emmanuelle RICHARD  
42- ENDOCRINOLOGUE ET MALAD. MÉTAB. CONVENT.  
2 rue Danielle Casanova  
90000 BELFORT  
90 1 00872 2

## Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée. (MALADIES INTERCURRENTES)

*Membre d'une association de gestion agréée par l'administration fiscale, acceptant à ce titre le règlement des honoraires par chèques libellés à son nom.*

Patient : ABUHASSA MURHED

feuille de soins  
pharmacien ou fournisseur

numéro de facture 798569

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale  
Art. L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

13022020

date J J M M A A 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 pharmacien ou le fournisseur)

nom et prénom ABOUAÏSSA MOHAMED

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

numéro d'immatriculation

0000000000

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

code de l'organisme de rattachement  
en cas de dispense d'avance des frais  
(à remplir par le pharmacien ou le fournisseur)ADRESSE de l'ASSURE(E)  
38 ALLEE GEORGES CUVIER - 90500 BEAUCOURT

## IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

ALAIN CHAMBERLIN

N° RPPS 10100220606

## IDENTIFICATION de la STRUCTURE

PHARMACIE DES FORGES  
21 RUE DE MONTBELIARD  
25400 AUDINCOURT  
252013206  
Tél : 0381355695

Opérateur :E

## PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé

## IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom RICHARD EMMANUELLE

identifiant

10002494226

raison sociale

251036117

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

## CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

12022020

date de l'accord préalable (le cas échéant)

X

MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 115  
(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

J J M M A A A A

ou

date

J J M M A A A A

AT/MP	numéro	PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES										
tarif Code Acte	Code CIP / réf LPP	Homéo Code Labo	Top décondi- tion	Qte délivré ou utilisée	PU	Mt factu.	Libellé	Nbre btes Utilis.	Mode Presc	Indic. Substi.	Date déb loc.	Date fin loc.
PH7	3400937377355			3	5,49	16,47	METFORMINE 1000MG E					
HD7				3	1,02	3,06	Honoraires dispensation n					
PH7	3400931187943			1	2,33	2,33	FEROGRAD VIT C 105K					
HD7				1	1,02	1,02	Honoraires dispensation n					
	3401097399423			1			ONE TOUCH VERIO BDLET					
MAD	1186722			1	37,50	37,50	AUTOCONTROLE DU SU					
PH7	3400930003763			3	79,30	237,90	TRULICITY 1,5 MG (DUL)					
HD7				3	1,02	3,06	Honoraires dispensation n					
HDR				1	0,51	0,51	Honoraires liés au médicament					
HDE				1	3,57	3,57	Honoraires liés au médicament					

PAIEMENT  
MONTANT TOTAL  
PHARMACIE DES FORGES

305,42 €

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

21 Rue de Montbéliard  
25400 Audincourt

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

signature du pharmacien  
ou du fournisseur25 20 13 206  
Tél. : 03 81 35 56 95signature de  
l'assuré(e)impossibilité  
de signer X

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, 441-6 et 441-7 du Code pénal et article L. 162-1-14 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 pharmacien ou votre fournisseur**, celui-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 pharmacien ou votre fournisseur**, celui-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**,
- complétez enfin cette rubrique en indiquant l'**adresse de l'assuré(e)**.

**Toutes les autres rubriques de la feuille de soins sont à compléter par votre pharmacien ou votre fournisseur, y compris le numéro de facture qui est une zone facultative destinée à son usage.**

- \* • Si vos soins sont dispensés au titre de l'article L. 115 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 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 en cas de renouvellement, ou 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 le pharmacien ou le fournisseur a coché la case "SOINS dispensés au titre de l'art. L. 115", 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.**