

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

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 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-533185

ND 37543

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

01766

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

SEHRAA Ned Rachid

Date de naissance :

27-04-1953

Adresse :

5, Lot Nezhia, Casablanca

Tél. :

0661632379

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

BEHRAA Fatna

Age :

67

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RENT





N° 11389\*05

joindre la prescription  
sauf si renouvellement

Ordonnance

feuille de soins  
pharmacien ou fournisseurArt. 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)

334332

date 16062020

## 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 **BENDERRA** **Fatna** **(90130)**

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

numéro d'immatriculation

date de naissance 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 pharmacien ou  
le fournisseur)

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

Vd:100

ADRESSE de L'ASSURE(E)

## IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

DR PINON-HEBERT STEPHANIE

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

## IDENTIFICATION de la STRUCTURE

PHARMAVANCE CONVENTION ST CHAR

55 Bis Rue de la Convention

75015 PARIS

75 2 03744 0

Tel: 0145775794

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé

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

nom et prénom

DURIEUX MEHLMAN

identifiant

raison sociale

n° de la structure

(AM, FINESS ou SIRET)

751615592

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

date de la prescription médicale 16062020 date de l'accord préalable (le cas échéant) J J M M A A A A

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 "a")  
et les recommandations importantes)

accident causé par un tiers : non

oui

date

J J M M A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

## PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

Code Acte	Code Cip/Lpp	Code Labo	Top Decond.	Qte	Base Rembt	Mt factu.	Libelle	Nb Btes	Mode Presc.	Indic. Substi.	Date Deb loc	Date Fin loc
PH4	34009	2682788	5	1	2,62	2,62	DICLOFENAC 1% SDZ GEL					
HD4				1	1,02	1,02	Honoraire de dispensat					
PH7	34009	3595583	8	1	1,16	1,16	DOLIPRANE 1000 MG BCP					
HD7				1	1,02	1,02	Honoraire de dispensat					
PA	201D02.5			1	19,30	19,30	MEDISPORT GENOUILL MAI					
HDR				1	0,51	0,51	HONORAIRE MEDICAMENT R					

Imprimer les codes à barres  
ou coller les étiquettes de la liste  
des produits et prestations  
dans l'ordre de la prescription

## PAIEMENT

MONTANT TOTAL  
en euros

25,63

Part ASS.: 25,63

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

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

signature du pharmacien  
ou du fournisseur

DR PINON-HEBERT STEPHANIE

signature de  
l'assuré(e)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.



## PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

1 6 0 6 2 0 2 0

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

nom et prénom

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

numéro d'immatriculation

BENDERRA Fatna

date de naissance

J J M M A A A A

ASSURE(E) (à remplir si la personne reçoit des soins et n'est pas assurée(e))

0 9 0 3 1 9 5 3

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)

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

## IDENTIFICATION DU MEDECIN

## IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

DOCTEUR STEPHANIE DURIEUX-MEHLMAN

14 RHUMATOLOGIE

CONVENTIONNE HONO. LIBRES

MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

134 AVENUE EMILE ZOLA

75015 PARIS

=&gt; 75 1 61559 2 0 3 31 0 14

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)☐ SOINS dispensés au titre de l'art. L. 115  
(cf. la notice au verso : § précédé de "a")  
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

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 :

(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 EFFECTUES

(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 ①	dépass.	frais de déplacement		
							I.D. ②	I.K.	
J 16062020			CS		9 0 0 0		M.D.	nbre	montant ③
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									

## PAIEMENT

MONTANT TOTAL  
en euros (1+2+3)

9 0 0 0

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 actessignature de  
l'assuré(e)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, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L. 114-13 et 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.

# Docteur Stéphanie DURIEUX-MEHLMAN

Ancien Interne et Chef de Clinique Assistant  
des Hôpitaux de Paris  
Lauréat de la Faculté

RHUMATOLOGUE  
Maladies des os et des articulations  
Pathologies osseuses médicales

134 avenue Émile ZOLA  
75015 PARIS  
Tél. : 09 83 05 34 25

Paris, le 16/06/2020

Madame Fatna BENDERRA

## VOLTARENE EMULGEL 1% GEL TUB 50G

1 application de 2,5 g 3 à 4 fois par jour en massage doux et prolongé pendant 1 à 14 jours.  
Maximum 4 applications de 2,5 g par jour.  
Se laver les mains après emploi.

(renouveler par 5 ms)

## DOLIPRANE 1 000MG CPR 8

1 comprimé 1 à 3 fois par jour selon besoin, en espaçant les prises de 4h minimum.  
Maximum 3 comprimés par jour.  
Avaler avec un peu d'eau, de lait ou jus de fruit.

## GENOUILLERE ROTULIENNE

QSP 3 mois

PHARMACIE CONVENTION ST CHAR		Facture n° : 334332
DR PINON-HEBERT STEPHANIE		Malade : BENDERRA
75 2 03744 0		90130 Fatna
55 Bis Rue de la Convention		
75015 PARIS		
Tel : 0145775794		
Ordonnance: 16/06/20		
Delivrance: 16/06/20		
Vendeur: 100		
Medecin: DURIEUX MEHLMAN		
751615592		
Atte--P--Unit--Cip--	Designation--	Base--Hon.--taux--Ordo--
1 2,62 3400936827985	DICLOFENAC 1% SDZ GEL FL PR 100M	2,62 1,02 30%
1 1,16 340093595838	DOLIPRANE 1000 MG BCP	1,16 1,02 65%
1 19,30 3401096861280	MEDISPORT GENOUILLE MAINTIEN T4	19,30 0,00 60%
	HONORAIRES MEDICAMENT REMBOURSABLE	0,51 70%
TOTAL GENERAL	25,63	TOTAL ASSURE: 25,63
TOTAL R.D.:		
TOTAL R.C.:		
COPIE CONFORME A L'ORIGINAL		

En cas d'urgence appeler le 15

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

