

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.

adiologie 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.

ptique :

- 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.

entaire :

- 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 caractére personnel.



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

envoi

N° W19-499582

ND 37634

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Aut
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 01766	Société : PAN		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : SEFFAR Ned Rachid			
Date de naissance : 27-06-1953			
Adresse : 5, Lot Nezha Casablanca			
Tél. : 0661632379	Total des frais engagés :		

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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'attenté médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je dé
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : MARRAKESH

Le : / /



feuille de soins
pharmacien ou fournisseur

numéro de facture (facultatif)

495563

date J J M M 06052020

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

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

SEFFAR Mohammed

(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

1

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

ADRESSE de L'ASSURE(E)

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

MR GABIRIAULT

10000042829

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

PHARMACIE BEAUGRENELLE
36B R. DES ENTREPRENEURS
75015 PARIS
752023416dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom

INTERNE INST GUSTAVE

identifiant

raison sociale

INST GUSTAVE ROU

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

940160013

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

05052020

date de l'accord préalable (le cas échéant)

J J M M A A A A

XX 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

XX

 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

tarification détaillée

Prest	CIP/Ref.	LPP(Ut)	Homeo	Decon-	Qte	PU	Mt Fact	Libelle	Nb btes Mod.	Indic.	Date	Date
				c. lab	dition.				utili.	presc Subst.	debut loc	fin loc
PH7	3400937669320				10	8,11	81,10	ONDANSET MYL 2mg/ml S				
HD7					10	1,02	10,20	Honor. dispens. HD7				
HDR					1	0,51	0,51	Honor. dispens. HDR				
HDE					1	3,57	3,57	Honor. dispens. HDE				

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

9 5 , 3 8

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 fournisseurPHARMACIE BEAUGRENELLE
MR GABIRIAULT
62 bis Rue des Entrepreneurs
75015 PARIS
Tél. 01 45 78 15 71signature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration expose à des peines 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.

ordonnance de médicaments, de produits ou de prestations d'exception

articles R. 163-2, 3ème alinéa et R. 165-1 dernier alinéa du Code de la sécurité sociale
article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre

VOLET 1
à conserver
par l'assuré(e)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES SOINS ET ASSURÉ(E) (voir notice au verso du volet 1)

personne recevant les soins (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom

Seppas Mohammed

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

numéro d'immatriculation

date de naissance

assuré(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'assuré(e)

nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés)

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

raison sociale

adresse

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

à compléter par le prescripteur

identifiant

médicament, indiquer son nom (marque ou générique) :

produit ou prestation, indiquer sa désignation précise :

s'il s'agit d'un médicament, préciser la forme, le dosage, la posologie, la voie d'administration

Zopliken 500 mg 2x1x500 05 Janv

s'il s'agit d'un produit ou d'une prestation, préciser la quantité de produits nécessaires ou la posologie

durée du traitement, le cas échéant

conditions de prise en charge

maladie

soins en rapport avec une ALD : oui

non

soins dispensés au titre de l'art. L. 212-1

accident du travail ou maladie professionnelle

date

Je soussigné(e), Docteur *Doyle*, atteste que la prescription concernant le patient susvisé est conforme aux indications et aux conditions des prescription et d'utilisation prévues par la fiche d'information thérapeutique établie par la Haute Autorité de Santé. S'il existe, le volet patient de ladite fiche a été remis par mes soins à ce patient.

si prescription initiale par un établissement, date limite de la prochaine consultation dans l'établissement

date

05/05/2020

signature du prescripteur

nom et prénom

raison sociale

adresse

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

identifiant

à compléter par le pharmacien ou le fournisseur qui délivre le médicament, le produit ou la prestation

mentions obligatoires à reporter sur l'ordonnance

date de délivrance

<p>Nom du prescripteur:</p> <p><i>Taifi Chafif</i></p> <p>INSTITUT GUSTAVE ROUSSY CONVENTIONNE 114 rue Edouard VAILLANT 94805 VILLEJUIF 94 0 16001 3 10 1 06 0</p>	<p>NOM du PATIENT :</p> <p>N^o <i>Leffar</i> <i>Mohamed</i></p>
--	---

Pharmacie de ville

Ordonnance faite dans le cadre d'une ALD 30
pour pansement de KTC

Bétadine dermique ou Biseptine

1 Flacon, 1 fois / semaine

Bétadine Scrub

1 Flacon, 1 fois / mois

NaCl 0,9% 125ml

1 fois / semaine

Traitements pour 3 mois

Villejuif, le

05/05/20

Gustave Roussy
Signature
Département d'Oncologie-Radiothérapie
Service Indre & Loire
114 rue Edouard Vailant
94805 VILLEJUIF Cedex
Tél : 01 42 11 54 51 / 45 45
Fax : 01 42 11 53 33

Coordination des soins externes n°94 0 16 001 3 Code 11
01 42 11 40 91

V psut