

# 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

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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.



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

N° W19-499582

ND 37634

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01766 Société : RAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SEFFAR Ned Rachid

Date de naissance : 27-04-1953

Adresse : 5, Lot Nezha Casablanca

Tél : 0664632379 Total des frais engagés :

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 1

Nom et prénom du malade : SEFFAR Ned Rachid Age : 67

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : 25 AOUT 2020

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 : Fait Le : / /



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)

495563

date J J M M A A A A 06052020

## 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

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)

## IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

## IDENTIFICATION de la STRUCTURE

MR GABIRAULT

PHARMACIE BEAUGRENELLE  
36B R. DES ENTREPRENEURS  
75015 PARIS  
75202341610000042829  
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

INTERNE INST GUSTAVE

identifiant

raison sociale

INST GUSTAVE ROU

n° de la structure  
(AM, FINES 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 "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

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- c. lab dition.	Qte	PU	Mt Fact	Libelle	Nb btes utili.	Mod. presc	Indic. Subst.	Date debut loc	Date 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  
B. GABIRAULT  
MR GABIRAULT des Entrepreneurs  
752023416signature de  
l'assuré(e)impossibilité  
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration ou de dissimulation de données 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.



cerfa

n° 12708\*02

# 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)

personne recevant 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

(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, FINISS ou SIRET)

identifiant

à compléter par le prescripteur

☒ 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

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 Toussy Cherif, atteste que la prescription concernant le patient susvisé est conforme aux indications et aux conditions des prescriptions 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

signature du prescripteur

identification du pharmacien ou du fournisseur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

raison sociale

adresse

n° structure

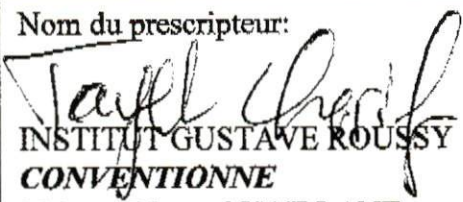
(AM, FINISS ou SIRET)

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

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

**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*

*Traitement pour 3 mois*

Villejuif, le

*05/05/20*

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

V psm

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