

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 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

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 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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-533179

37642em

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01766 Société : R. A. I.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SEFFAR Ned Rachid .

Date de naissance : 27-04-1953

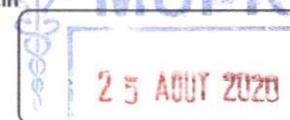
Adresse : 5, Lotissement NEZHA .

Quartier California Casab.

Tél. : 0664632379 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : SEFFAR Ned Rachid 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)



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHIE BEAUGRENELLE D. GABIRAUT 36 bis, rue des Entrepreneurs 75015 PARIS - Tél. 01 45 78 15 71 01 45 78 15 2 02341 6	01/05/2020	120,53
	02/05/2020	42,73

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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	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"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	25533412 21433552 00000000 00000000 D —————— 00000000 00000000 35533411 11433553	G	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**feuille de soins
pharmacien ou fournisseur**

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 Rachid

(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)

55 r des entrepreneurs 75015 PARIS-15E-ARRONDISSEMENT

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR**IDENTIFICATION de la STRUCTURE**

MR GABIRIAULT

10000042829

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

PHARMACIE BEAUGRENELLE
36B R. DES ENTREPRENEURS
75015 PARIS
752023416

RENOUVELLEMENT No 1

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé**IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce**

nom et prénom MEDECIN Medecin

identifiant 10001510709

raison sociale HU PARIS OUEST S

n° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) 750803447

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINSdate de la prescription médicale 30042020 date de l'accord préalable (*le cas échéant*)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	3400930575260				1	1,88		1,88	SOD LAVOI BICAR 1,4% S					
HD7					1	1,02		1,02	Honor. dispens. HD7					
PAN	1335062(1)				2	9,46		18,92	IALUSSET CR AC HYALU FL					
PHN	3614819998631				1	19,90		19,90	MAG 2 - 24 HEURES / 2					
HDR					1	0,51		0,51	Honor. dispens. HDR					

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

4 | 2 | , | 2 | 3

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 fournisseursignature de
l'assuré(e)impossibilité
de signerPHIE GABIRIAULT
26 bis rue CABRIBEAU
75015 PARIS
01 40 20 2341 6

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.

Docteur BILLARD Camelia
GUSTAVE ROUSSY
Service Indre et Loire
114, rue Edouard Vaillant
94805, VILLEJUIF
Etb № 94 016 0013 Code 11
RPPS : 10100147759

Mme SEFFAR

L'étiquette du patient
Est à coller ici

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONERANTE)

Le 30/11/2020

PRESCRIPTIONS SYSTEMATIQUES

- * 1. Bains de bouche systématiques par BICARBONATE Na 1,4 % 500 cc : 4-6 fois par jour, renouvelable tous les 7 jours
- * 2. IALUSET crème : 1 application 2h après la séance de radiothérapie sur les zones traitées (à enlever avec de l'eau et du savon le lendemain matin)

PRESCRIPTIONS NON SYSTEMATIQUES, EN CAS D'EFFETS SECONDAIRES

- 1. PRIMPERAN 10 mg cp : 1 comprimé x3 par jour à prendre 30 minutes avant les repas en cas de nausées et/ou vomissements
- 2. MOVICOL sachet : 1-2 sachets matin et soir en cas de constipation ou en systématique si traitement par morphine
- 3. ESOMEPRAZOLE 20 mg le soir (ou équivalent) en cas de douleurs gastriques ou reflux gastro-oesophagien
- 4. DOLIPRANE 1g x3 par jour si douleurs
- * 5. MAG2 : 1 comprimé x3 par jour avant ou pendant les repas
- 6. ~~FORTIMEL : 2 flacons par jour si alimentation insuffisante~~

QSP valable 3 mois

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

Dr BILLARD-SANDU Camélia
GUSTAVE ROUSSY
Service Indre et Loire
114, rue Edouard Vaillant 94805 Villejuif
Etb n° 94 016 0013
RPPS : 10100147759

