

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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 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° P19- 068930

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0868 Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Burelle Françoise ep. Slami

Date de naissance : 13/08/1941

Adresse : Résidence Yasmine - 45 Bd Chahidi Casablanca

Tél : 0662 50 695 Total des frais engagés : Euro 100,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/09/2020

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Dermatologie

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 : 06/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

A M P C I M I V

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

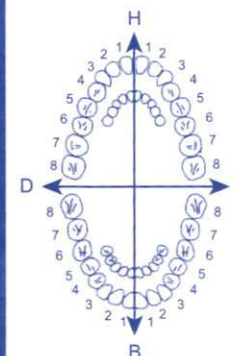
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

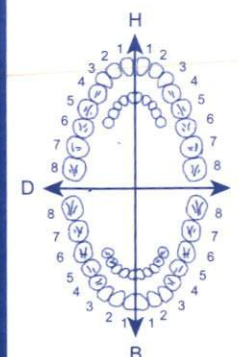
FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

cerfa

N° 12541*02

feuille de soins - médecin

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

numéro de facture (facultatif)

date 30 09 20

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURÉ(E)

PERSONNE RECEVANT LES SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)
 nom et prénom **SLABOU FLOUQUÉ**
 (nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))
 numéro d'immatriculation **241 08 76 540 053 84**

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)

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

IDENTIFICATION DU MEDECIN

DOCTEUR ISABELLE JOFFRE

05 DERMATOLOGIE ET VENERELOGIE

CONV. HONO. LIBRES

MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

1 RUE DU MARECHAL HARISPE

75007 PARIS

=> 75 1 47690 4 00 3 31 0 05 n°AM

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)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre ☒

accident causé par un tiers :

non

oui

date

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1
(cf. la notice au verso : § précédé de "n°"
et les recommandations importantes)

MATERNITE

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

AT/MP

numéro

ou

date

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)

Dr Martinelli

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 :

dates des
actescodes des
actes

actes

C. CS
CNPSY
V. VS
VNPSYautres actes
(K, CsC, P...)
éléments de tarification
CCAMmontant des
honoraires
facturés

dépense

frais de déplacement

M.D.

nbre

L.K.

montant

30 09 20

COT

100

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)

100

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 actes

Mall

signature de
l'assuré(e)

P. Martinelli

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, 433-15, 441-1 et suivants du Code de procédure pénale)



assuré social SLAOUI FRANCOISE

n° de Sécurité Sociale 2 41 08 76 540 053 84

Pour tout contact, écrivez à votre caisse directement
depuis la messagerie de votre compte Ameli

CPAM de SEINE-et-MARNE
77605 MARNE-LA-VALLEE CEDEX 03

MME. SLAOUI FRANCOISE
45 BD GANDHI
RES YASMINE ESC D 2 ETG
99350 CASABLANCA 20370 MAROC

Voici le détail des versements vous concernant pour un paiement du 19/10/2020

Le remboursement des sommes que vous avez avancées est d'ores et déjà effectué sur votre compte. Ces informations n'ont pas été transmises à un organisme complémentaire. Si vous en avez un, pensez à lui envoyer ce relevé et conserver une copie.

vos remboursements de soins

| dates | nature des prestations | montant payé | base du rembours. | taux | montant versé |
|-------------------------------|--|-----------------|----------------------|-------|------------------|
| | pour FRANCOISE né(e) le 13/08/1941 maladie réf 0033 2027903005940 | | | | |
| 30/09/2020 | CONSULT.SPECIFIQ. (CDE) participation forfaitaire (PFH) | 100,00 | 46,00 | 100 % | 46,00 -1,00 |
| | maladie réf 2042 2029380007737 | | | | |
| | A noter : Pour les prestations figurant ci-après vous n'avez pas réglé directement votre professionnel, les participations forfaitaires, les franchises ou les majorations hors parcours coordonné n'ont donc pas été payées. C'est pourquoi elles sont prélevées de manière différée sur ce remboursement. | | | | |
| 22/09/2020 | ACTE TECH MEDICAL pour FRANCOISE né(e) le 13/08/41 | | (2013264230) | | -2,00 |
| | SEANCES ORTHOPT. pour FRANCOISE né(e) le 13/08/41 | | (2013264231) | | -1,00 |
| | ACTE TECH MEDICAL pour FRANCOISE né(e) le 13/08/41 | | (2013264232) | | -10,00 |
| | ACTE TECH MEDICAL pour FRANCOISE né(e) le 13/08/41 | | (2013264233) | | -10,00 |
| le 19/10/2020 : 22,00 euro(s) | | | | | |