

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## 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.

## 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

- 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.



## feuille de soins - médecin

numéro de facture (facultatif)

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

de 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

Slatour FLOUGUER

(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

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

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 MEDECIN

DOCTEUR ISABELLE JOFFRE

05 DERMATOLOGIE ET VENEREOLOGIE

CONV. HONO LIBRES

## IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

1 RUE DU MARECHAL HARISPE

75007 PARIS

=&gt; 75 1 47690 4 00 3 31 0 05 n°AM

MEDECIN REMPLACANT

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé

nom et prénom

identifiant

## CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

2 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 :  oui  non

date

MATERNITE

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

AT/MP

numéro

00

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 Nartinet

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

accès direct spécifique

urgence

hors résidence habituelle

médecin traitant remplacé

accès hors coordination

## ACTES EFFECTUÉS

(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande :

dates des actes

codes des actes

C. CS  
CNPSY  
V. VS  
VNFSYC. CS  
CNPSY  
V. VS  
VNFSYautres actes  
(K, CsC, P...)  
éléments de tarification  
CCAM

montant des honoraires facturés

trajet de déplacement  
M.D.  M.D. L.K.  L.K.  montant

30 09 20

CST

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

Mell

signature de  
l'assuré(e)

Nancy

impossibilité  
de signer



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 AmeliCPAM 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**

<b>dates</b>	<b>nature des prestations</b>	<b>montant payé</b>	<b>base du rembours.</b>	<b>taux</b>	<b>montant versé</b>
	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)				