

# 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.

## Diagnostique 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

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 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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 068928

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique **45318** ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **00868** Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : **Suzette Françoise ep. Sbaoui**  
Date de naissance : **13/07/41**  
Adresse : **Résidence Jasmine - 4 Bd Blanche Casablanca**  
Tél. : **066250695** Total des frais engagés **Euro 100,79** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Emplément**  
Date de consultation : **23/09/2020**  
Nom et prénom du malade : **Sbaoui Françoise** Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : **pharmacie**  
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 : **26/10/2020**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

[illegible][illegible]

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.	
<p><b>Important :</b></p> <p>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de</p>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Centre hospitalier  
National d'Ophtalmologie des  
Quinze-Vingts

28, rue de Charenton  
75571 Paris cedex 12  
Tel : 01 40 02 15 20



**QUINZE-VINGTS**  
CENTRE HOSPITALIER NATIONAL D'OPHTALMOLOGIE

N° FINESS



750000481

**CENTRE DU GLAUCOME**

Tél : 01 40 02 16 31  
(de 9h30 à 12h30 sauf le mercredi)  
Fax : 01 40 02 16 31  
email : glaucome@quinze-vingts.fr

Mme **FRANCOISE SLAOU**

Paris, le 22/09/2020

**ORDONNANCE**

- **CARTEOL LP 2% Collyre unidose**  
1 goutte matin \_dans les deux yeux  
6 mois
- **MONOPROST Collyre unidose**  
1 goutte le soir au coucher \_dans les deux yeux  
6 mois

**Docteur THOMAS BOUAZIZ**  
Ophtalmologiste

N° RPPS



10001894703

cerfa

N° 11389\*05

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)

2381

date

2309

## 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

GLABUI FRANCOISE

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

numéro d'immatriculation

2 4 1 0 8 7 6 5 4 0 0 5 3 8 4

0 1 3 7 1 2 0

date de naissance

1 3 0 8 1 0 4 1 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)

39 AVC DUGUESNE 75004 PARIS

## IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

MME AMAR .

10004051271

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

## IDENTIFICATION de la STRUCTURE

PHARMACIE DE BABYLONE

6 RUE DE BABYLONE

75007 PARIS

752038349

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

X

raison sociale

HOP CHIN QUINZE V

identifiant

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

750000481

## CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

22092020

date de l'accord préalable (le cas échéant)

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

XX

oui

date

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

AT/MP

numéro

ou

date

## PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée

Prest	CIP/Ref.LPP(UT)	Homeo Decon c.lab dition.	Qty	PU	Mt Fact	Libelle	Nb btes Mod. utili. presc	Indic. Subst.	Date debut loc	Date fin
PH7	3400926730266		6	0.76	52.56	MONOPROST 50MG COLLY				
HD7			6	1.02	6.12	Honor. dispens. HD7				
PH7	3400935700525		6	5.65	33.90	CARTEOL LP 2% COLLYRE				
HD7			6	1.02	6.12	Honor. dispens. HD7				
HDR			1	0.51	0.51	Honor. dispens. HDR				
HDA			1	1.58	1.58	Honor. dispens. HDA				

## PAIEMENT

MONTANT TOTAL  
en euros

1 0 0 . 7 0

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 fournisseur

MME AMAR .

signature de  
l'assuré(e)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 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 22/10/2020

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 2029458803903				
23/09/2020	PHARMACIE (PH7)	52,56	52,56	65 %	34,16
23/09/2020	HONOR. DISPENS. (6 HD7)	6,12	6,12	65 %	3,98
	franchise (6 FRH) <sup>(1)</sup>				-3,00
23/09/2020	PHARMACIE (PH7)	33,90	33,90	65 %	22,04
23/09/2020	HONOR. DISPENS. (6 HD7)	6,12	6,12	65 %	3,98
	franchise (6 FRH) <sup>(1)</sup>				-3,00
23/09/2020	HONOR.DISPENS.REM (HDR)	0,51	0,51	65 %	0,33
23/09/2020	HONOR.DISP.AGE (HDA)	1,58	1,58	65 %	1,03

le 22/10/2020 : 59,52 euro(s)

(1) Les participations forfaitaires et franchises constatées sur ces actes sont déduites du montant remboursé dans la partie « Vos remboursements de soins » ou le seront sur vos prochains règlements.