

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

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.

ntaire :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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

Nº P19- 068928

Optique 45318 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 00867 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Burette Frémeure ep. Slaoui

Date de naissance : 13/07/41

Adresse : Résidence Jasmin 47 Bd Ghanchi Essaouira.

Tél. : 0662570691 Total des frais engagés Euros 100,79 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Employant:

Date de consultation : 23/09/2020

Nom et prénom du malade : Slaoui Frémeure Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : pharacie

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 : Essaouira Le 23/10/2020

Signature de l'adhérent(e) : Slaoui

Slaoui

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Nature des Actes	Nature 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 - RADIGRAPHIES

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	

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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
<img alt="Diagram of a dental arch with numbered teeth from 1 to 8 on both upper and lower arches. Arrows point to the upper left (D), upper right (G), lower left (B				

Centre hospitalier
National d'Ophtalmologie des
Quinze-Vingts

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



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 : glacome@quinze-vingts.fr

Mme FRANCOISE SLAOUI

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

feuille de soins
pharmacien ou fournisseur

numéro de facture (facultatif)

2381

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

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

CLAQUI 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 0 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 AVENUE DUQUEINE 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
752036349

RENOUVELLEMENT N° 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 CHN QUINZE V

identifiant

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

750000481

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

20002020

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

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

accident causé par un tiers : non

xx

oui

date

AT/MP

numéro

ou

date

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée

Prest	CIP/Ref.LPP(Ut)	Homeo	Dacon	Gte	PU	Mt fact	Libelle	Nb btes	Mod.	Indic.	Date	utili.	presc	Subst.	debut	fin
			c.lab	dition.												
PH7	3400026730266			6	0.76	52.56	MONOPROST 50MCG COLLY									
HD7				6	1.02	6.12	Honor. dispens. HD7									
PH7	3400035780525			6	5.65	33.90	CARTEBL LP 2% COLLYRE									
HD7				6	1.02	6.12	Honor. dispens. HD7									
HDR				1	0.51	0.51	Honor. dispens. HDR									
HDA				1	1.50	1.50	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) ⁽¹⁾				-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) ⁽¹⁾				-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.