

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 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.



Déclaration de Maladie

M22- 0012890

13374

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : <u>3098</u>	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>Boujnah abdelaziz</u>		
Date de naissance : <u>30/09/1949</u>		
Adresse : <u>Residence 6, rue Abdallah Ben Abdellah</u>		
E.C. DULFA		
Tél. : <u>0650391134</u>		Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation : / /	Nom et prénom du malade :		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	Age:	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pathologie :			
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) :

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.

RELEVE 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

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient			
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>	
				MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>	
				DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>	
				FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>	
		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE				
		H $\begin{array}{r l} 25533412 & 21433552 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ \hline 35533411 & 11433553 \end{array}$ G				<input type="text"/>
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
					CŒFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
					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

HOPITAL PRIVE DE L'OUEST PARISIEN
DEPARTEMENT D'IMAGERIE MEDICALE
AVENUE CASTIGLIONE DEL LAGO 78190 TRAPPES
Scanner tél. : 01-30-69-45-30 - Fax : 01-30-69-45-29
IRM tél. : 01.30.69.59.81 - Fax : 01.30.69.59.82
FINESS : 780300422

Nom du patient : BOUHMIDA Prénom : ABDELAZIZ
Nom de naissance :
Date de naissance : 30/09/1947
N° Sécurité Sociale :
Date des soins : 09/09/2022

RELEVE DES HONORAIRES MEDICAUX, PARAMEDICAUX ET ACTES DE LABORATOIRE

Nº	Nº Identific exécutant	SP	Ta	Cv	Date des soins	Code regroup Lettre clé	Prix unitaire	Dépassement d'honoraires	Honoraires facturés	Base de rbt régime	Réglé patient
1	781172739	06			09/09/2022	ADI	69 €		150,75 €	69 €	
1	781172739	06			09/09/2022	ADI	0,75 €	81,75€	0,75 €	0,75 €	221,60€
2	780300422	06			09/09/2022	FTR	0 €				

FACTURE N° 000504909	Total	221,60 €	0 €	0 €	221,60 €
----------------------	-------	----------	-----	-----	----------

Dr LACROSMERÉ Emmanuel - CNR. HOP. TRAPPES
06 - Radiodiagnostic - Imagerie Médicale
14 av Castiglione Del Lago - 78190 TRAPPES
78 1 17273 0 60 33 0 UNIFAM
L'émission du présent bordereau atteste des renseignements de celui-ci sur le fondement du bordereau de facturation du régime obligatoire.

1 Docteur LACROSMERÉ

ADELI 781172739

TITRE - FORFAIT TECHNIQUE

ACTES DE TOMOGRAPHIE PAR EMISSION DE POSITONS

ACTES D'IMAGERIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE NUCLEAIRE

ACTES DE SCANOGRAPHIE

1er volet 1 : destiné à l'organisme de paiement

2e volet 2 : destiné au praticien

3e volet 3 : destiné à l'établissement ou à la société

	750
X	753
	035

ASSURANCE

MALADIE

Numéro de facture

000504909

IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT OU DE LA SOCIETE

NOM HOPITAL PRIVE DE L'OUEST PARISIEN
 ADRESSE AVENUE CASTIGLIONE DEL LAGO
 78190 TRAPPES

Téléphone 01.30.69.45.30

N° de l'établissement ou de la société 780300422

N° de l'appareil ou N° d'agrément

07/08/2020

Date d'installation

Puissance ou classe de l'appareil

1.5 tesla

Tarification du forfait technique

Normal

N° d'ordre
de l'examen

2022-005643

Réduit

X (3)

Montant (en euros)

70,10

REMBOURSEMENT (2)

 A L'EXPLOITANT A L'ASSURE(E)

N° de compte postal, bancaire ou de Caisse d'Epargne et intitulé :

IDENTIFICATION DU MEDECIN AYANT EFFECTUE L'ACTE

NOM - Prénom LACROSNIERE EMMANUEL

06 Radiodiagnostic et imagerie

Conv. Hono libres

Hôp priv de l'ouest Parisine

Av Castiglione del Lago

78190 TRAPPES

01.30.69.45.20

Téléphone

1000519002 9 06

NUMERO D'IDENTIFICATION

09/09/2022

Date de l'acte

SIGNATURE DE
L'EXPLOITANT

SIGNATURE DU
MEDECIN

La loi rend possible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque
 se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations.
 (Articles L. 377-1 du Code de la Sécurité Sociale, 441-1 du Code
 Pénal).

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) (1)

NUMERO
D'IMMATRICULATION

NOM PATRONYMIQUE

(Nom de naissance)

NOM D'USAGE (facultatif)

(nom d'époux(se), veuf(ve),

divorcé(e) ou autre parent)

PRENOMS

BOUHMIDA

ABDELAZIZ

ADRESSE

20E RUE DU COUSERANS

78310 MAREPAS

CODE ORGANISME D'AFFILIATION (1)

NOM ET ADRESSE

DE L'ORGANISME

DE PAIEMENT

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE (1)

Droits jusqu'au

S'agit-il d'un accident ?

 OUI date NON

Le malade est-il hospitalisé ?

 OUI Date d'hospitalisation

NOM ET ADRESSE

DE L'ETABLISSEMENT

 NON
Si le malade est pensionné de guerre et si les soins concernent
l'affection pour laquelle il est pensionné, cocher cette case

SI LE MALADE N'EST PAS L'ASSURE(E)

NOM PATRONYMIQUE

PRENOM

Date de naissance

Lien avec l'assuré(e)

 Conjoint Enfant Autre membre de la famille

Personne vivant maritalement avec l'assuré(e)

J'atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements portés
ci-dessus.

SIGNATURE
DE L'ASSURE(E)

(1) se reporter à la carte d'assurance maladie

(2) Le destinataire du remboursement ne peut en aucun cas être le médecin ayant effectué l'acte.

(3) Valable pour les scanners installés après le 1er août 1991 et à compter du 1er janvier 1994 pour les appareils installés antérieurement au 1er août 1991.

**Docteur Dominique
MAZARGUIL**
Radiologue Qualifié
Attaché de radiologie

78 109964 3 C

Docteur Pascale SOLVET-SEBIRE
Radiologue Qualifiée
Ancien Interne es Hôpitaux de la région Rhône-Alpes
Ancien Chef de Clinique - Assistant des Hôpitaux de Paris

78 1 14095 9 00 3 31 0 06

Docteur Michèle LEGRIX
Radiologue Qualifiée

8 1 09766 2 C

**Docteur Emmanuel
LACROSNIERE**
Radiologue Qualifié
Ancien assistant des Hôpitaux
Attaché à l'Hôpital Lariboisière

78 117273 9

Dr PICHELOT Francois

Date de l'Examen: vendredi 9 septembre 2022

Monsieur BOUHMIDA Abdelaziz
20E RUE DU COUSERANS

78310 MAUREPAS

IRM DU RACHIS LOMBO-SACRE

CONTEXTE

Sciatique gauche depuis un mois.

TECHNIQUE

Séquences : sagittale T1 – sagittale T2 – axiale T2-coronale STIR

RESULTATS

En coronal STIR, pas d'anomalie des sacro iliaques ou des têtes fémorales.

On définit L5-S1 comme le dernier disque mobile, il y a une variante de la normale.

Projection du cône médullaire en T12-L1

Respect de la hauteur des corps vertébraux.

Pas d'anomalie constitutionnelle du calibre du canal rachidien.

Pas de signal osseux anormal.

Pas d'anomalie de trophicité musculaire.

Absence d'anomalie transitionnelle

À l'étage T12-L1 :

Volumineuse hernie discale postéro-latérale droite migrée vers le bas pouvant être conflictuelle sur la racine L1 droite.

À l'étage L1-L2 :

disque en place, pas d'anomalie du signal discal. Pas d'arthrose inter-apophysaire postérieure. Foramens de conjugaison libres.

À l'étage L2-L3 :

disque en place, pas d'anomalie du signal discal. Pas d'arthrose inter-apophysaire postérieure. Foramens de conjugaison libres.

À l'étage L3-L4 :

Hernie discale postéro-latérale droite conflictuelle sur la racine L4 droite.

À l'étage L4-L5 :

Hernie discale surtout postéro-latérale gauche

Rétrécissement canalaire central à 50 mm²

Rétrécissement foraminal gauche

quelques conseils pour remplir votre feuille de soins

Le bon remplissage de votre feuille de soins est la garantie de votre remboursement par l'assurance maladie.

La première information à donner concerne la personne recevant les soins et l'assuré(e) :

- Si vous ne payez pas votre médecin, celui-ci remplit l'ensemble de cette rubrique, sur présentation de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne, y compris le code de l'organisme de rattachement.

- Si vous payez votre médecin, celui-ci indique uniquement vos nom et prénom, selon vos indications, ou en reprenant les informations contenues dans votre carte Vitale ou sur l'attestation papier qui l'accompagne.

Les autres lignes de cette rubrique sont à compléter par vous-même (le code de l'organisme de rattachement ne doit pas être indiqué dans ce cas) :

- si vous êtes la personne recevant les soins et aussi l'assuré(e), inscrivez seulement :
 - votre numéro d'immatriculation (il est indiqué sur votre carte Vitale et sur l'attestation papier qui l'accompagne),
- si vous êtes la personne recevant les soins mais pas l'assuré(e), écrivez :
 - votre numéro d'immatriculation,
 - ou (si celui-ci ne vous a pas été communiqué),
 - votre date de naissance,
 - le nom et le prénom de l'assuré(e) auquel (à laquelle) vous êtes rattaché(e) et son numéro d'immatriculation,
- complétez enfin cette rubrique en indiquant l'adresse de l'assuré(e).

Toutes les autres rubriques de la feuille de soins sont à remplir par votre médecin, y compris le numéro de facture qui est une zone facultative destinée à son usage.

- Si l'acte qu'il effectue est en rapport avec l'affection de longue durée (ALD), il doit le préciser dans la case prévue à cet effet.
- * • Si vos soins sont dispensés au titre de l'article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, il doit le préciser dans la case prévue à cet effet.
- Si vos soins sont liés à un accident causé par une personne autre que vous-même, précisez-le lui ainsi que la date de cet accident. Ces renseignements, recueillis sous votre responsabilité, doivent obligatoirement figurer sur la feuille de soins car ils permettent à l'assurance maladie de récupérer les frais relatifs à votre accident auprès de l'assureur de la personne ayant causé cet accident.
- Si vos soins sont liés à un accident du travail, ou à une maladie professionnelle, présentez à votre médecin la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle qui vous a été remise par votre employeur ou par votre organisme d'assurance maladie.
- Si le médecin qui remplit la feuille de soins est votre nouveau médecin traitant, il doit cocher la case prévue à cet effet. Dans ce cas, n'oubliez pas d'envoyer à votre caisse d'assurance maladie la nouvelle déclaration de choix du médecin traitant.
- Si le médecin qui remplit la feuille de soins n'est pas le médecin traitant que vous avez déclaré, il doit indiquer si l'acte est réalisé à la demande de celui-ci. Dans ce cas, il reporte sur la feuille de soins le nom et le prénom de votre médecin traitant.
Si votre état de santé nécessite l'intervention de plusieurs médecins, ces informations doivent également être reportées sur la feuille de soins par ces médecins.

Dans la négative, le médecin doit cocher l'une des cases permettant de préciser si les soins sont réalisés :

- par un médecin exerçant une spécialité à accès direct (gynécologie, ophtalmologie, psychiatrie) ou par un médecin exerçant dans une consultation hospitalière de tabacologie, d'alcoolologie ou de lutte contre les toxicomanies (art. D 162-1-6, 6° du Code de la sécurité sociale),
- en urgence,
- hors de votre résidence habituelle (par exemple lorsque vous êtes en congé),
- par un médecin remplaçant votre médecin traitant en son absence,
- en accès libre non coordonné, c'est-à-dire lorsque vous consultez directement un médecin qui n'est pas votre médecin traitant.

Recommandations importantes :

Prévenez votre organisme d'assurance maladie à l'occasion d'un changement intervenant dans votre situation, comme, par exemple, en cas de :

- changement de compte bancaire, postal ou de caisse d'épargne : envoyez-lui votre nouveau relevé d'identité de compte,
- changement d'organisme d'assurance maladie : prenez contact avec votre nouvel organisme d'assurance maladie pour le transfert de votre dossier afin de ne pas retarder le remboursement de vos soins et prestations. Votre ancien organisme d'assurance maladie peut vous aider dans cette démarche.

- * Si le médecin a coché la case "SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1", la feuille de soins doit être adressée à l'organisme gestionnaire mentionné sur votre attestation de pensionné(e).

N'oubliez pas de signer votre feuille de soins.

S 3110J