

## 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

133976

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3048 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Boujima Abdelaziz  
Date de naissance : 30/09/1949  
Adresse : Résidence Adamouche 6064  
EL WULFA  
Tél. : 0650391134 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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.

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

### 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

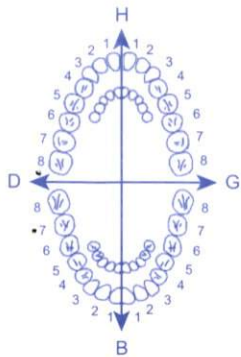
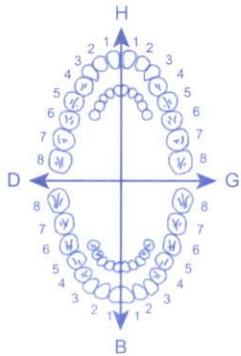
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;">           00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000            11433553  <b>B</b> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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**

**RELEVÉ DES HONORAIRES MEDICAUX, PARAMEDICAUX ET ACTES DE LABORATOIRE**

N°	N° 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 €

1 Docteur LACROSNIERE

ADELI 781172739

L'émission du présent bordereau atteste des renseignements de celui-ci sur le fondement du bordereau de facturation du régime obligatoire.

## TITRE - FORFAIT TECHNIQUE

ACTES DE TOMOGRAPHIE PAR EMISSION DE POSITONS  
 ACTES D'IMAGERIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE NUCLEAIRE  
 ACTES DE SCANOGRAPHIE

<input type="checkbox"/>	750
<input checked="" type="checkbox"/>	753
<input type="checkbox"/>	035

ASSURANCE  
MALADIE

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

Numéro de facture

000504909

IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT OU DE LA SOCIETE		RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) (1)	
NOM	HOPITAL PRIVE DE L'OUEST PARISIEN	NUMERO D'IMMATRICULATION	
ADRESSE	AVENUE CASTIGLIONE DEL LAGO 78190 TRAPPES	NOM PATRONYMIQUE (Nom de naissance)	BOUHMIDA
Téléphone	01.30.69.45.30	NOM D'USAGE (facultatif) (nom d'époux(se), veuf(ve), divorcé(e) ou autre parent)	ABDELAZIZ
N° de l'établissement ou de la société	780300422	PRENOMS	
N° de l'appareil ou N° d'agrément		ADRESSE	20E RUE DU COUSERANS 78310 MAUREPAS
Date d'installation	07/08/2020	CODE ORGANISME D'AFFILIATION (1)	
Puissance ou classe de l'appareil	1.5 tesla	NOM ET ADRESSE DE L'ORGANISME DE PAIEMENT	
Tarification du forfait technique	N° d'ordre de l'examen		
Normal <input type="checkbox"/>	2022-005643		
Réduit <input checked="" type="checkbox"/> (3)			
	Montant (en euros)		
	70,10		
REMBOURSEMENT (2)		RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE (1)	
<input type="checkbox"/> A L'EXPLOITANT	<input checked="" type="checkbox"/> A L'ASSURE(E)	Droits jusqu'au	
N° de compte postal, bancaire ou de Caisse d'Epargne et intitulé :		S'agit-il d'un accident ?	<input type="checkbox"/> OUI date <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>
		Le malade est-il hospitalisé ?	
		<input type="checkbox"/> OUI Date d'hospitalisation	
		NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT	
		<input checked="" type="checkbox"/> NON	
		Si le malade est pensionné de guerre et si les soins concernent l'affection pour laquelle il est pensionné, cocher cette case	<input type="checkbox"/>
IDENTIFICATION DU MEDECIN AYANT EFFECTUE L'ACTE		SI LE MALADE N'EST PAS L'ASSURE(E)	
NOM - Prénom	LACROSNIERE EMMANUEL	NOM PATRONYMIQUE	
ADRESSE	06 Radiodiagnostic et imagerie Conv. Hono libres Hôp privé de l'ouest Parisine Av Castiglione del Lago 78190 TRAPPES 01.30.69.45.20	PRENOM	
Téléphone		Date de naissance	
NUMERO D'IDENTIFICATION	1000519002 9 06	Lien avec l'assuré(e)	
Date de l'acte	09/09/2022	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre membre de la famille	
		<input type="checkbox"/> Personne vivant maritalement avec l'assuré(e)	
SIGNATURE DE L'EXPLOITANT	SIGNATURE DU MEDECIN	J'atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.	
La loi rend passible 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).		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.



# Hôpital privé 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

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

Sciaticque 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 mm<sup>2</sup>

Rétrécissement foraminal gauche



N° 12541 \*02

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

## PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

## PERSONNE RECEVANT LES SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom **BOUHMIDA ABDELAZIZ**

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

numéro d'immatriculation

date de naissance

3 0 0 9 1 9 4 7

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)

20E RUE DU COUSERANS 78310 MAUREPAS

## IDENTIFICATION DU MEDECIN

Docteur EMMANUEL LACROSNIERE  
**DOCTEUR LACROSNIERE Emmanuel**

Hôpital Privé de l'Ouest Parisien AG Castiglione del Lago

78190 TRAPPES

CONVENTIONNE HONOR. LIBRES

## IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

HOPITAL PRIVE DE L'OUEST PARISIEN

HOPITAL PRIVE DE L'OUEST  
PARISIEN  
14 RUE CASTIGLIONE DEL LAGO

AVENUE CASTIGLIONE DEL

78190 TRAPPES

Tél 01 30 69 45 20

78190 TRAPPES

=&gt; 78190 TRAPPES 3003034206 n°AM

## MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

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

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers :

non

☒

oui

date

J J M M A A A A

☐ MATERNITE

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

J J M M A A A A

☐ AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

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)

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 : J J M M A A A A)

dates des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés ①	dépass.	frais de déplacement		
							I.D. ②	I.K.	
							M.D.	nbre	montant ③
09 09 2022	L H Q J 0 0 1 1				1 5 0 , 7 5				
09 09 2022	Y Y Y Y 6 0 0 1				0 , 7 5				
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									

## PAIEMENT

MONTANT TOTAL  
en euros (1+2+3)

1 5 1,5 0

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 actessignature de  
l'assuré(e)impossibilité  
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausses déclarations est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale).

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle.

En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.



# 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'alcoologie 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.