

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 canaux, 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 canaux.

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.



Declaration de Maladie

N° W21-724065

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2364 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 145479
 Nom & Prénom : PAS Abdellah
 Date de naissance : 11/02/1952
 Adresse : 2 Résidence FERDAOUS Av. Abdelhadi Boulaleb CASA
 Tél. : 0661313027 Total des frais engagés : 173,78 €

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 :
 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
 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

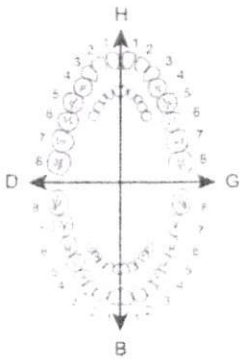
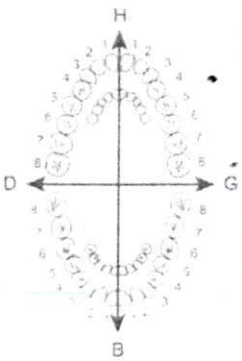
[illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 00000000 D 21433552 00000000 G 00000000 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la protection			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE.

SERVICIO
SERVEI

CIR. ORTOPÉDICA TRAUMA [URG]

NÚM.DE EPISODIO
NÚM.D'EPISODI

8924458

ICU 323162109

FECHA DE INGRESO
DATA D'INGRES

10/10/2022 15:13:00

FECHA DE ALTA
DATA D'ALTA

10/10/2022 16:03:00

PRIMER APELLIDO
PRIMER COGNOM

RAFI

SEGUNDO APELLIDO
SEGON COGNOM

NOMBRE
NOM

ABDELLATIF

SIP 13689916

NÚM. DE HISTORIA CLÍNICA
NÚM. D'HISTORIA CLÍNICA 7009411

FECHA DE NACIMIENTO
DATA DE NAIXEMENT

11/02/1952

SEXO
SEXE

Hombre

DIRECCIÓN
DIRECCIÓ

bloque 00

Informe de Urgencias / Informe d'Urgències

Procedencia / Procedència

PARTICULAR

Motivo de la atención / Motiu de l'atenció

refeire corte cuchillo mano izquierda, atravesandole toda la mano

Antecedentes / Antecedents

NO RAM

Enfermedad actual / Malaltia actual

Barrera ideomática

Varon de 70 años que consulta por corte sobre pliegue entre 1º y 2nd dedo mano izquierda con cuchillo que atraviesa hasta palma

Exploración física / Exploració física

Herida sobre pliegue descrito de unos 3cm con salida puntiforme
Neurovascular conservado

Exploraciones complementarias / Exploracions complementàries

No precisa

Evolución / Evolució

Anestesia local con lidocaína 2%; limpieza con suero fisiológico y cepillo betadinado; exploración en condiciones de esterilidad de fondo de la herida, donde no se aprecia afectación tendinosa ni ósea; sutura con monofilamento 3-0; cobertura con gasas estériles y vendaje compresivo

Diagnóstico principal / Diagnòstic principal

HERIDA DE MANO

Tratamiento al alta / Tractament a l'alta

- Reposo relativo.
- Vendaje
- Aplicación de frío local 3-4 veces al día durante 15-20 minutos por 3-5 días.
- Mantener miembro elevado mientras esté en reposo.
- Analgesia habitual si precisa: Paracetamol 1g/8h.
- CEFUROXIMA 500 MG / 20 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS. 1 COMPRIMIDO cada 12 horas durante 10 días.
- Control por su médico de cabecera. Retirada de sutura a partir de 15 días
- Ante complicaciones o empeoramiento acudir de nuevo a urgencias.

Circunstancias al alta / Circumstàncies a l'alta

MÉDICO DE CABECERA

Fdo / Signat: TORRECILLAS SERRANO , FRANCISCO

RESIDENTE

Sección / Secció: CIR. ORTOPEDICA TRAUMA [URG]

Fecha / Data: 10/10/2022 16:03:35

Fecha creación / Data creació: 10/10/2022 15:52:43

Huella digital / Empremta digital:

S0VOMpD08wPCq6B7Agg3h1g8zzHr96N/TCKEF13PxUwnLSJXZigwK9GzVCxfD
uh7ruBjV0ePFiwT9caUoazSxIMMzexcIQXMTpCIsHnzaUc47Tk/UqTvFE43Bq/NDOn
2Dc9PctG3kjl37qRi7QVbdQ+zv7Fbiu0IQgoKRwp3QHS05U780oG8eNs5y/eULpWo
Zy1huh4dc7atwLLtkULgZvYyymgOCpy5U6nS8r1zgLY80uzTGnK1IDm8PprWriX0
3U2gmvsKCBisCNgWIB9aeN4f5JbbmLak/JqeAD3Td/uwdDyjuHT9hWt5mLn3f0Y
aHrH5F2HUIFJo44ow1w==

PARTE DE ASISTENCIA SANITARIA A PERSONA QUE ACCEDE COMO PACIENTE PRIVADO/NO ACREDITADO

La CONSELLERÍA DE SANIDAD UNIVERSAL Y SALUD PÚBLICA le informa de lo siguiente:

1. Su derecho a recibir prestaciones sanitarias públicas del Sistema Nacional de Salud tiene que acreditarse mediante alguno de los siguientes documentos oficiales: Tarjeta sanitaria individual, Tarjeta de MUFACE -ISFAS-MUGEJU, Documentos de la Seguridad Social, Tarjeta sanitaria europea y equivalentes y formularios de convenios bilaterales que reconocen asistencia sanitaria.
2. En caso de que **no aporte alguno de estos documentos oficiales**, esta Administración no puede tener constancia de su derecho a recibir asistencia sanitaria gratuitamente, por lo que usted accede al Sistema Sanitario público valenciano como **"paciente privado"** según el artículo 16 de la Ley General de Sanidad, estando **obligado a abonar el importe de la asistencia sanitaria y demás prestaciones que se le faciliten**.
3. En el caso de que **SÍ** disponga de tales documentos, deberá manifestarlo y aportarlos dentro del plazo de quince días hábiles siguientes a la presente comunicación, a fin de que este Centro Sanitario **NO** le reclame a Usted el pago de las prestaciones.
4. Si **NO** dispone de suficientes recursos económicos y cumple los requisitos de inclusión conforme al Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de julio, podrá iniciar los trámites pertinentes para el acceso a la Asistencia Sanitaria Universal dirigiéndose a el/la Trabajador/a Social.

Para su acreditación deben acudir con la documentación necesaria al Centro de Salud más próximo a su domicilio.

El presente documento se le entrega a efectos de informarle de los extremos anteriores. Transcurrido el tiempo indicado se iniciarán los trámites de reclamación del pago a su cargo del importe de la asistencia prestada.

DATOS DE LA ASISTENCIA:

CENTRO: HOSPITAL LA FE

LOCALIDAD: VALENCIA

PROVINCIA: VALENCIA

TELÉFONO: 961244000

FECHA DE ASISTENCIA/INGRESO: 10/10/2022

HORA: 15:13

SANITARIO RESPONSABLE DE LA ASISTENCIA:

DATOS DEL PACIENTE ASISTIDO

Apellidos y nombre: RAFI, ABDELLATIF

SIP: 13689916

NHC: 7009411

Fecha de nacimiento: 11/02/1952

Teléfono: 963476347

DNI:

Domicilio: Bloque: 00

Población, Provincia y CP:

El declarante manifiesta la veracidad de los datos consignados, dándose por enterado del contenido del presente documento y de la obligación de pagar, si procede, el importe de la asistencia sanitaria, y para que así conste firma el parte en el lugar y fecha señalados:

Lugar y Fecha: Valencia, a 10/10/2022

Firma del declarante:

Nombre y apellidos del firmante:

DNI:

Si el firmante es persona distinta del lesionado, indicar relación o vínculo con el mismo:

Advertencia legal: Los datos referentes a la asistencia pueden ser comunicados a la entidad aseguradora que deba hacerse cargo del pago de la misma. Asimismo se informa que los datos de carácter personal contenido en este documento podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por la CONSELLERÍA DE SANIDAD UNIVERSAL y SALUD PÚBLICA, indicándose que sobre estos datos podrá Vd. ejercitar su derecho de acceso, rectificación, cancelación u oposición que establece la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.

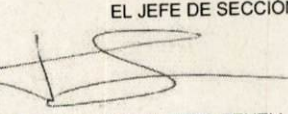
CIF: S-4611001-A

CODI TERRITORIAL / COD. TERRITORIAL	SA4651
ÓRGAN GESTOR / ÓRGANO GESTOR	DEPARTAMENTO DE SALUD - VALENCIA LA FE
CONCEPTE / CONCEPTO	9684 PARTICULARES

TAXA PER PRESTACIONS SANITARIES NO COBERTES PEL SISTEMA NACIONAL DE SALUT	MODEL MODELO
TASA POR PRESTACIONES SANITARIAS NO CUBIERTAS POR EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	046
	CPR 9056436

SUBJECTE PASSIU / SUJETO PASIVO	A		1 N° LIQUIDACIÓ / N° LIQUIDACIÓN		0466719711376
			DATA EMISSIÓ / FECHA DE EMISIÓN		11/11/2022
	5 NIF / NIF	6 COGNOMS I NOM O RAÓ SOCIAL / APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			
	S4611001A	ABDELLATIF RAFI.			
	8 NOM DE LA VIA PÚBLICA / NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA	16 MUNICIPI/MUNICIPIO	17 PROVÍNCIA / PROVINCIA	18 C. P / C. P	
	C/ ESCULTOR JOSE CAPUZ, 22 - 11ª	VALENCIA	VALENCIA	46006	

B	LEGISLACIÓ APLICABLE / Ley 20/2017, de 28 de diciembre, de la Generalitat, de tasas (Título XXIX, Capítulo I)	
	LEGISLACIÓN APLICABLE : LEY 58/2003 de 17 de Diciembre, GENERAL TRIBUTARIA	
LIQUIDACIÓ / LIQUIDACIÓN		
	OBSERVACIONS / OBSERVACIONES	TOTAL A INGRESSAR / TOTAL A INGRESAR
		173.78 €

C	PER L'ADMINISTRACIÓ / POR LA ADMINISTRACIÓN	EL JEFE DE SECCIÓN
		
		PEDRO VICENTE FUERTES PENELLA

D	ENTITATS COL·LABORADORES: Bankia, Sabadell-CAM, Caixa-Bank, Santander, BBVA, Iberdrola, Grupo Cajamar, Caixa Ontinyent, Cajas Rurales Valencianas asociadas al Banco Cooperativo	
	ENTIDADES COLABORADORAS: Bankia, Sabadell-CAM, Caixa-Bank, Santander, BBVA, Iberdrola, Grupo Cajamar, Caixa Ontinyent, Cajas Rurales Valencianas asociadas al Banco Cooperativo	
INGRÉS / INGRESO	A EMPLENAR PER L'ENTITAT BANCÀRIA / A RELLENAR POR LA ENTIDAD BANCARIA	
	93 BANC-SUCURSAL/BANCO-SUCURSAL	94 DATA INGRÉS / FECHA INGRESO
		95 IMPORT INGRESSAT / IMPORTE INGRESADO

Aquest justificant d'ingrés no tindrà validesa sense la certificació mecànica o la signatura autoritzada. Este justificante de ingreso no será válido sin la certificación mecánica o firma autorizada.

Les dades de caràcter personal que conté aquest imprès podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per aquest òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, supressió, limitació del tractament, portabilitat i oposició, tot això d'acord amb el que disposen els articles 12 i següents de la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals (BOE núm. 294, de 06/12/18).

Los datos de carácter personal contenidos en este impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del mismo, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en los artículos 12 y siguientes de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales (BOE n.º 294, de 06/12/18).



Banco Santander S.A. Domicilio social: Paseo de Pereda, 9-12, 39004 Santander
R.M. de Cantabria, Hoja 286, Folio 64, Libro 5º de Sociedades, Insc. 1ª CIF: A-
390000013 BIC:BSCHESMM

Resumen de transferencia

Fecha de envío: 22 dic. 2022

De:

Cuenta Smart.

ES*****0820

A:

generalitat valenciana

ES*****1301

Importe

173,78€

Concepto

0466719711376

Periodicidad

Puntual

Fecha

23 dic. 2022

Comisión

0,00€

Gastos correo

0,00€

Importe adeudar

173,78€

Este justificante es provisional y carece de toda validez sin una autenticación explícita del banco

NOTA ACLARATORIA SOBRE EL PAGO DE LA LIQUIDACIÓN

FORMAS DE PAGO:

1. Preferentemente, se deberá realizar el pago de la presente liquidación en cualquiera de las entidades financieras colaboradoras en la recaudación de tributos de la Generalitat que se detallan a continuación. En ningún caso será necesario ser titular de una cuenta bancaria en la entidad que se seleccione.

ENTIDADES FINANCIERAS COLABORADORAS:

- Bankia
- Sabadell-CAM
- Caixa-Bank
- Santander
- BBVA
- Ibercaja
- Grupo Cajamar
- Caixa Ontinyent
- Cajas Rurales Valencianas asociadas al Banco Cooperativo.

2. Pago telemático: se podrá realizar el pago con tarjeta de crédito o débito, VISA, MASTERCARD o 6000 de cualquier entidad, accediendo a través del portal de la Generalitat al servicio electrónico de pago genérico:

<http://www.hisenda.gva.es/web/tributos-y-juego/tributos-pagotelematicogenerico-documentacion>

Al efectuar el pago con tarjeta, se indicará como "Nº documento" el número de la liquidación correspondiente (046...).

3. Pago por transferencia a la siguiente cuenta bancaria de la Generalitat Valenciana:

Nº IBAN: ES24 2100 8681 5802 0004 1301

En este caso, con el fin de que se pueda dar por pagada la liquidación, se deberá indicar en el concepto de la transferencia el número de la liquidación que se abona (046...), o bien remitir un correo electrónico indicando el detalle de la transferencia a la dirección ingresos_san@gva.es.

NOTA ACLARIDORA SOBRE EL PAGAMENT DE LA LIQUIDACIÓ:

FORMES DE PAGAMENT:

1. Preferentment, s'haurà de fer el pagament de la present liquidació en qualsevol de les entitats financeres col·laboradores en la recaptació de tributs de la Generalitat que es detallen a continuació.

En cap cas serà necessari ser titular d'un compte bancari en l'entitat que se seleccione.

ENTITATS FINANCERES COL·LABORADORES:

- Bankia
- Sabadell-CAM
- Caixa-Bank
- Santander
- BBVA
- Ibercaja
- Grupo Cajamar
- Caixa Ontinyent
- Cajas Rurales Valencianas asociadas al Banco Cooperativo.

2. Pagament telemàtic: es podrà realitzar el pagament amb targeta de crèdit o dèbit, VISA, MASTERCARD o 6000 de qualsevol entitat, accedint al portal de la Generalitat al servei electrònic de pagament genèric:

<http://www.hisenda.gva.es/web/tributos-y-juego/tributos-pagotelematicogenerico-documentacion>

Al efectuar el pago con tarjeta, se indicará como "Nº documento" el número de la liquidación correspondiente (046...).

3. Pago por transferencia a la siguiente cuenta bancaria de la Generalitat Valenciana:

NÚM. IBAN: ES24 2100 8681 5802 0004 1301

En aquest cas, i a fi que es puga donar per pagada la liquidació, s'haurà de fer constar en el concepte de la transferència el número de liquidació que s'abona (046...) o enviar un correu electrònic on s'indique el detall de la transferència a la direcció ingresos_san@gva.es

DEPARTAMENTO DE SALUD - VALENCIA LA
FE
SERVICIO DE CARGOS A TERCEROS

Avinguda de Fernando Abril Martorell, nº 106
46026 Valencia
Tfno.: 961244886
Fax: 961246258
Email: cargosparticulares_lafe@gva.es

Valencia, 11 de noviembre de 2022

N/Ref.: **77251220012707/62**

RAFI ., ABDELLATIF

Asunto: Remisión Liquidación por Tasa

0466719711376

ABDELLATIF RAFI

C/ ESCULTOR JOSE CAPUZ, 22 - 11ª

46006 VALENCIA

Us enviem la factura de les despeses causades a aquest Centre, per l'assistència prestada a la persona assistida que se cita al marge.

Us demanem que seguiu les instruccions que figuren a la factura i sobretot QUE NO LA PERDAU, ja que, diligenciada pel banc, és l'únic justificant d'haver-la pagada.

Adjuntamos factura de los gastos ocasionados a este Centro, por la asistencia prestada a la persona asistida que se cita al margen.

Rogamos sigan las instrucciones que figuran en la presente factura y, sobre todo, NO EXTRAVÍEN la misma, ya que, debidamente diligenciada por el banco, es el único justificante de su abono.

Nota:

En los registros de esta Administración, no consta que tenga reconocido su derecho a la asistencia sanitaria pública. Podrá aportar cualquier seguro que cubra el coste de la asistencia y tenga datos suficientes para enviarle la liquidación (Ley 20/2017, artículo 29 y concordantes).

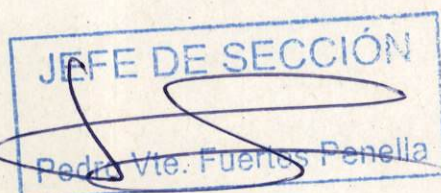
Si ha transcurrido el periodo de estancia autorizada en España o si no tiene autorización o permiso de residencia, acuda a Servicios Sociales, con objeto de comprobar si le es aplicable la vigente normativa sanitaria (RD 1192/2012, disposición adicional octava).

La asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, se garantizará a aquellas personas que ostenten la condición de asegurado. Los extranjeros titulares de una autorización para residir en territorio español, podrán ostentar la condición de asegurado. El reconocimiento y control de la condición de asegurado o de beneficiario del mismo corresponderá al Instituto Nacional de la Seguridad Social.

Valencia, 11 de noviembre de 2022

LA JEFA DE SERVICIO

ROSA LASERNA TOLEDANO


JEFE DE SECCIÓN
Pedro Vte. Fuentes Penella



GENERALITAT VALENCIANA

GVRTE/2022/1027743

11/11/2022

EIXIDA