

# 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.

## Adresses Mails utiles

- |                                    |                     |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation                      | contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@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



## Déclaration de Maladie

N° W21-779455

152202

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	11762	Société :	RAN
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Youssef Berchid
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 06.62.06.70.34 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Docteur Hervé LEDLA Médecin des Hôpitaux 75 143099 2	
Conventionné Hono. libres Endocrinologie-Diabétologie-Nutrition Hôpital Américain	
Date de consultation :	09/01/2023
Nom et prénom du malade :	Imane Benyessa Imane
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
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	
M 09 MAR 2023	

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 : Neuilly-sur-Seine  
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 09/01/2023

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

APC led 101/123

100 e



## EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Chèque du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

## ANALYSES - RADIOPHARMES

Cache et signature du fichier de la RuleEngine	Signature de la RuleEngine	Signature de la RuleEngine et classification	Signature de la RuleEngine et classification des humains
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

## MÉDECINÉS MEDICAUX

### Important



# American Hospital of Paris

**Docteur Hervé LEBLANC**

Médecin des Hôpitaux

*Endocrinologie-Diabétologie-Nutrition*

75 1 43099 2

NIPP : 1560825

Mme BENYEZZA Imane

Née le 25/07/1984

Dr LEBLANC Hervé

Hôpital Américain  
63, boulevard Victor Hugo  
92200 NEUILLY

SECRETARIAT N°20

01 46 41 27 31

01 46 41 84 99

Email [opd20@ahparis.org](mailto:opd20@ahparis.org)

Neuilly, le 4 1 2022

Tardifec 159 1/1  
Rag 2 1/1 ) pedul 6 m

Dr LEBLANC Hervé

Réf : 230005787



American Hospital of Paris

Neuilly, le mercredi 4 janvier 2023

Dr LEBLANC Hervé

Présente ses salutations distinguées à Mme BENYEZZA Imane

et lui adresse sa note d'honoraires relative à la consultation du mercredi 4 janvier 2023 16:20 et s'élevant à 200 euros.

Dr LEBLANC Hervé

Bureau 20 Département des Consultations Externes de l'Hôpital Américain de Paris  
63 Bd Victor Hugo – 92202 Neuilly sur Seine Cedex

