

# 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 | : 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.

N° W21-674003

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 2600

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AQALLAL ABDELLAZAK

155669

Date de naissance : 10 10 1945

Adresse : 21 RUE MANSARD - QUARTIER PALMIER  
CASABLANCA

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr S. I. GUISSOU

Chir. Orthop/ Traumatologue

RPPS 10100748127 / AM 771008471

HPMC Brou Sur Chantereine

Date de consultation : 10 03 2023

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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

Fait à : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) :

Aqallal



### 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
20 MARS 2023	APC ortho		5500	INP : <input type="text"/> Dr S. I. GUISSOU Chir. Orthop/ Traumatologie RPPS 10100748127 / AM 771008471 HPMC Brou Sur Chantereine

### 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
Docteur FERMAND Michel	2023	NFQ Keo3	68,97 €
06 ELECTRORADIOLOGUE			
19-21 route de Provins	20/03/2023		
77144 MONTEVRAIN			
77 170368 3 00	3-1-1-06		

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553		<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
	B H [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr S. Isaac GUISOU**

Chirurgien Orthop/Traumatologue

Membre SOFCOT

Att. APHP/CHU H. Mondor Créteil

**Praticien Hôpital Privé de Marne Chantereine**

*Rue Marie Curie*

*77177 Brou-sur-Chantereine*

*Tél: 01 64 72 74 33*

N° AM :



771823382

N° RPPS :



10100748127

Le 06 mars 2023

**Abderrazak AQALLAL**

Né(e) le 10/10/1945

### Ordonnance d'imagerie

**Radiographie genou(x)**

**GENOU DROIT ( Face et profil)**

**SCHUSS et DFP droit**

Signé via Doctolib le 06/03/2023  
Sonny Isaac GUISOU

**Dr S. I. GUISOU**  
Chir. Chiruro-orthopédiste  
RPPS 10100748127 LAH/77108471  
Praticien Hôpital Privé de Marne Chantereine

Prise de RDV sur Doctolib ou via le secrétariat 01 64 72 74 33

1/1

1 / 1

**CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE DU GALILEE**  
**19-21 ROUTE DE PROVINS**  
**77144 MONTEVRAIN**  
Tel : 01.60.21.75.75  
Fax : 01.60.06.68.86

## **FACTURE MUTUELLE**

Dossier n° : E2303059808

Facture n° : 230320572 Date de facture : 20/03/2023

Radiologue : Docteur FERMAND Michel 10003692398

### **Bénéficiaire**

Nom : **AQALLAL**  
Prénom : Abderrazak  
Né(e) le : 10/10/1945  
Rang : 1  
Qualité : Monsieur

### **Assuré**

N° INSEE :  
AMO :

## **ACTES**

Nomenclature	Dépense	Prix unit.	Base remb.	Taux	AMO	AMC
NFQK003		25.86 €	29.97 €		0€	0€

### **RECAPITULATIF**

Part AMO : 0,00 €  
Part patient dû : **68.97€**  
Montant total de l'examen : 68,97€

Facture acquittée ce jour



## feuille de soins - médecin

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

numéro de facture (facultatif)

2 3 0 3 2 0 5 7 2

date 2 0 0 3 2 0 2 3

## 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 **AQALLAL Abderrazak**

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

numéro d'immatriculation

date de naissance

1 0 1 0 1 9 4 5

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 **NA NA**

(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)

26 ALLEE DES MARAICHERS 77700 CHESSY

## IDENTIFICATION DU MEDECIN

Docteur FERMAND Michel  
06 Radiodiagnostic et imagerie médicale

N°RPPS

=&gt; 10003692398

Secteur 1

## MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom **Docteur MKHAITRATT Yahya (rpt)**

identifiant

1 0 1 0 0 8 5 9 2 1

RADIOLOGIE DE MONTEVRAIN  
19-21 ROUTE DE PROVINS

77144 MONTEVRAIN  
Tel:01.60.21.75.75

=&gt; 77 1 70630 6

00 2 1 20 21 0 N° AM 2  
CAB CONV ZISD IKdispositif 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 "/\*"  
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 remplaçé

accès hors coordination

X

## ACTES EFFECTUÉS

(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	dépass.	frais de déplacement
2 0 0 3 2 0 2 3	N F Q K 0 0 3 1	Z			68,97 €	DM	
J J M M A A A A							
J J M M A A A A							

## PAIEMENT

MONTANT TOTAL  
en euros (1+2+3)

68,97 €

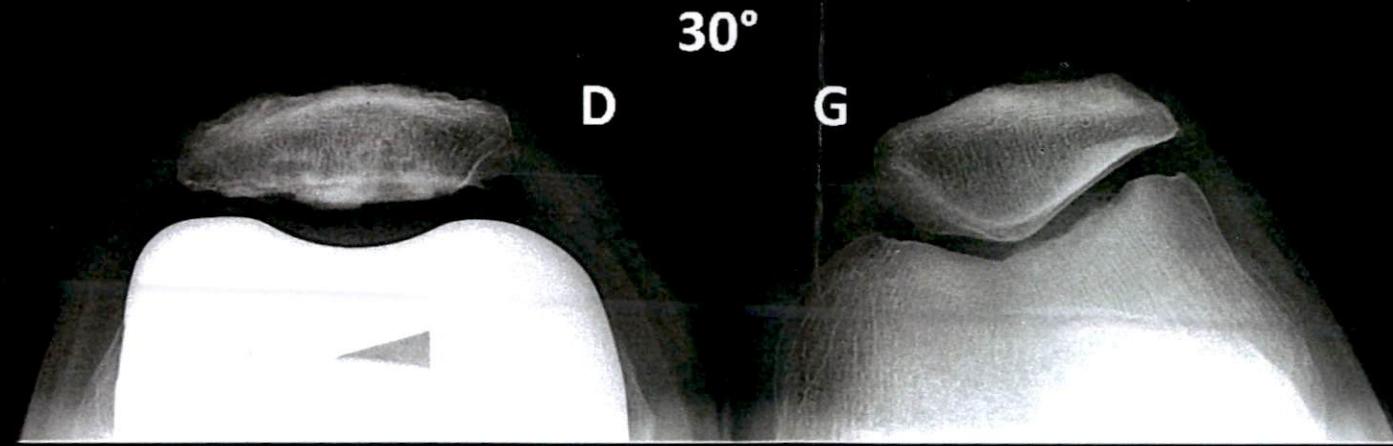
l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

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 fausse déclaration 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.



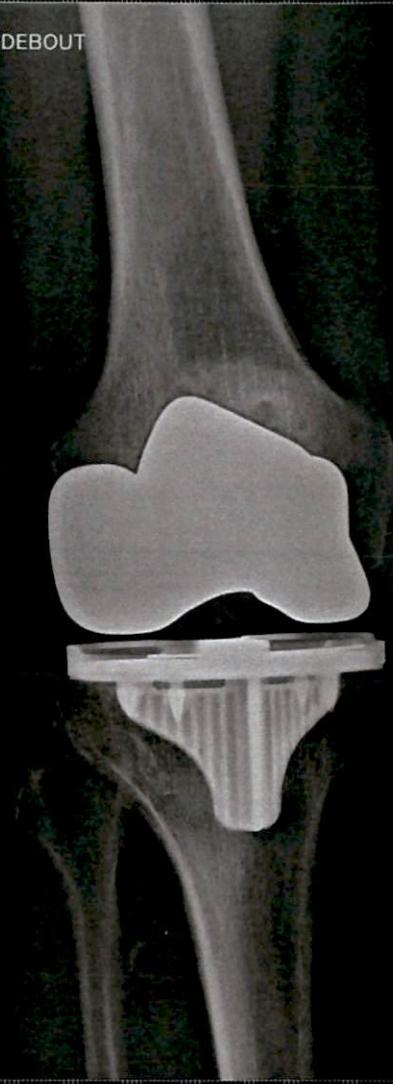
85°

AQALLAL Abderrazak ( M )

Né(e) le : 10/10/1945

20/03/2023

D DEBOUT



Mes. Cal. 1.19

**AQALLAL Abderrazak ( M )**

Né(e) le : 10/10/1945

D DEBOUT



Mes. Cal. 1.19

20 03 2023

## Ordonnance bizone

Articles L. 322-3, 3° et 4°, L. 324-1 et R. 161-45 du Code de la sécurité sociale.

Identification du prescripteur  
(nom, prénom et identifiant)DOCTEUR SONNY ISAAC GUISSOU  
41 CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE

CONVENTIONNE HONO. LIBRES

Identification de la structure  
(raison sociale du cabinet, de l'établissement et n° AM, FINESS ou SIRET)CENTRE MEDICAL CHILPERIC  
56 BOULEVARD CHILPERIC

77500 CHELLES

=&gt; 77 1 00847 1 00 3 31 1 41 n°AM

Identification du patient

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)) (à compléter par le prescripteur)

n° d'immatriculation à compléter par l'assureur(e)  
A. GALLAL, Abderrazak.

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)

(AFFECTION EXONÉRANTE)

daes 1<sup>er</sup>

20/03/2021

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée  
(MALADIES INTERCURRENTES)

Q 12x Gen- dt (F/r) + 2 FP dt -

② schen -

Dr S. I. GUISSOU

Chir. Orthop/ Traumatologie  
RPPS 10100748127 AM 771008471  
HPMC Brou Sur Chantereine



CHELLES, Le

20/03/23

Dr S. I. GUISSOU

Chir. Orthop/ Traumatologie

Membre SOFCOT

Praticien Att. APHP / CHU H. Mondor

Praticien Hôpital Privé de Marne Chantereine

AM : 771008471

RPPS 10100748127

**FACTURE ACQUITEE POUR CONSULTATION SPECIALISEE**

Je soussigné Dr S. Isaac GUISSOU certifie avoir reçu  
Mr/Mme AQAOUAL ABDEERRAZAK

La somme de : 55 Euros

Correspondant au règlement des honoraires de consultation de  
chirurgie orthopédique du : 20/03/23 de codage : APC

Fait pour servir et faire valoir ce que de droit

Dr S. I. GUISSOU  
Chir. Orthop/ Traumatologie  
RPPS 10100748127 / AM 771008471  
CMC/CHILPERIC CHELLES

*D. CO*