

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

- 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



Déclaration de Maladie

M22- 0034212

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6071 Société : *Line*

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : *160559*

Nom & Prénom : ALAOUI Mohamed

Date de naissance :

Adresse : BORDJOURA GOLF city villa with 812 car

Tél. : 0608016655 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) : *At*

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Dr OLIVIER SYRIEX
LBM CENTRAL 92
Identification 920028032

Feuille de soin N°

Mr Mohammed ALAOUI
199 RUE JB CHARCOT

92400 COURBEVOIE

Réf. du dossier :
C20230427088

COURBEVOIE, le Vendredi 28 Avril 2023

QUITTANCE D'HONORAIRES

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Nous vous adressons le justificatif de paiement de vos honoraires (tiers payant) à présenter à la caisse pour votre remboursement.

Dossier

Demande N° C20230427088
Date de l'examen : 27/04/2023

N° SS de l'assuré(e) : 142129938041289
Né(e) le : 31/12/1942

Récapitulatif quittance d'honoraire :

Total	Patient	Sécurité Sociale	Mutuelle
17.00	6.80	10.20	0.00

En vous remerciant, veuillez agréer, Madame, Mademoiselle, Monsieur, l'expression de nos sincères salutations.





Hôpital Bicêtre
78 rue du Général Leclerc
94275 LE KREMLIN BICÊTRE
Standard : 01 45 21 21 21

N° FINESS



940100043

**SERVICE DE RADIOLOGIE
ADULTE**

Chef de service
Pr Marie-France BELLIN
☎ 01 45 21 33 87
📠 01 45 21 32 00
✉ marie-france.bellin@aphp.fr

Secrétariat général :
☎ 01 45 21 33 72
☎ 01 45 21 33 73
☎ 01 45 21 30 43
📠 01 45 21 32 09
✉ brv.radiogen.bct@aphp.fr

Cadres :
☎ 01 45 21 23 45
☎ 01 45 21 35 86

Accueil :
☎ 01 45 21 33 78

Rendez-vous :
☎ 01 45 21 28 38
📠 01 45 21 33 70

Mammographie :
☎ 01 45 21 72 33
☎ 01 45 21 28 09
📠 01 45 21 32 09

**ASSISTANCE
PUBLIQUE**



**HÔPITAUX
DE PARIS**

Prénom et Nom du patient :

M ALAOU, MOHAMMED

Age : 80 ans

Le Kremlin-Bicêtre, le 15 février 2023

ORDONNANCE

ACTE GRATUIT

Pour un examen radiologique

Faire pratiquer dans un laboratoire de ville un dosage de la :

- Créatininémie

Apporter le résultat le jour de l'examen.

Pr M.F. BELLIN

