

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **607.1**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **ALAOUI**

Mohamed

(Signature)
AG0559

Date de naissance :

Adresse : **BOUZAKOURA GOLF city ville verte mth 814 CASA**

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) : *(Signature)*

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
			6,80 €	
				28 AVR. 2023
				LABORATOIRE
				94

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VIDA É UMA SAGUARDA DE PRATICAS, A MELHOR DAS MELHORES.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

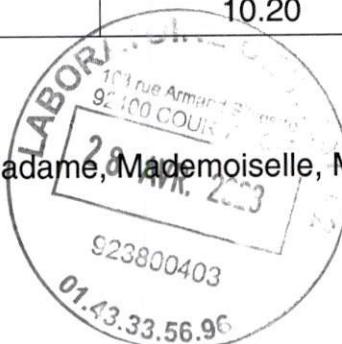
Demande N° C20230427088
Date de l'examen : 27/04/2023

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 BICETRE
Standard : 01 45 21 21 21

N° FINESS



**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 ALAOUI, 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

