

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.

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.

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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-799249

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

7735

Société :

RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

WASMIH SAADIA

Date de naissance :

10/12/1964

Adresse :

habituée

Tél. :

0676786605

Total des frais :

Dr. med / Univ Aleppo

Hamid Hesso

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Facharzt für Orthopädie

Cachet du médecin :

Sportmedizin, Akupunktur, Chirotherapie
Physikalische Therapie, Neuraltherapie

54295 Trier-Heiligkreuz, Tessenowstr. 29
Tel. 0651-99 37 57 84 - Fax 0651-99 37 57 85
50 44 09000

Date de consultation :

10/05/23

Nom et prénom du malade :

WASMIH SAADIA

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Lumbalgie bei BSV im LWS

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 11/05/2023

Autorisation CiUDP N° : W-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES					
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin	
10.05.78	Pelvr. n° 704		95,15	 Dr. med. Univ.-Alteppo des Actes Hamid Hesso Facharzt für Orthopädie Sportmedizin, Akupunktur, Chirotherapie Physikalische Therapie, Neuraltherapie 54295 Trier-Heiligkreuz, Tessenowstr. 29 Tel. 0651 99 22 53 51	

[illegible][illegible]

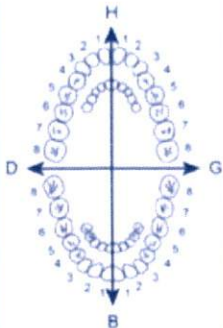
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
						
						
						
						
						

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. med. (Univ. Aleppo) H. Hesso
Facharzt für Orthopädie
Tessenowstraße 29 - 54295 Trier-Heiligkreuz
Telefon: 0651-99375784
Fax 0651-99375785

Dr. med. Hesso - Tessenowstraße 29 - 54295 Trier-Heiligkreuz

Frau
Saadia Wasmih
Markusstr 25
D 54294 Trier

10. Mai 2023
Bitte bei Zahlung angeben:
Rechnungsnr.: 11704


Original

Liquidation

für: Saadia Wasmih, geb. am 10.12.1964, Versichertenr.:

Für meine ärztlichen Leistungen, laut GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) erlaube ich mir folgenden Betrag zu berechnen:

EUR 95,15

Ich bitte Sie, diesen Betrag bis zum 09.06.2023 unter Angabe der oben aufgeführten Rechnungsnummer auf unten genanntes Konto zu überweisen. Die Rechnung wird nach § 12 Abs. 1 GOÄ mit Zugang fällig. Die Rechnung ist unabhängig von Erstattungsleistungen anderer Stellen zu begleichen. Wird der Rechnungsbetrag nicht nach Fälligkeit und Zugang ausgeglichen, geraten Sie daher gemäß § 286 Abs. 3 S. 1 BGB in Verzug, ohne dass es einer Mahnung bedarf.

Diagnose(n):

Lumboischialgie, Lumbaler BSV [Bandscheibenvorfall], Paravertebrale Muskelverspannung, Paravertebrale Tendomyopathie, Fersenschmerzen, Plantarer Fersensporn

Datum	Ziffer	Anzahl	Einfach	Faktor	Betrag	Leistungstext und Begründung
10.05.2023	34		17,49	2,30	40,22	Erörtern einer Lebensveränderung max 2x im Halbjahr
	7		9,33	2,30	21,45	Untersuchung, Bewegungsorgane
	800		11,37	2,30	26,14	Neurologische Untersuchung
	510		4,08	1,80	7,34	Übungsbehandlung
Endsumme					<u>95,15</u>	

Dr. med. H. Hesso
Mit freundlichen Grüßen
Dr. med. H. Hesso
Facharzt für Orthopädie
Sportmedizin, Akupunktur, Chirotherapie
Physikalische Therapie, Neuraltherapie
54295 Trier-Heiligkreuz, Tessenowstr. 29
Tel. 0651-99 37 57 84 - Fax 0651-99 37 57 85
50 44 09000

Dr. med. (Univ. Aleppo) H. Hesso
 Facharzt für Orthopädie
 Tessenowstraße 29 - 54295 Trier-Heiligkreuz
 Telefon: 0651-99375784
 Fax 0651-99375785

Dr.med. Hesso - Tessenowstraße 29 - 54295 Trier-Heiligkreuz

Frau
 Saadia Wasmih
 Markusstr 25
 D 54294 Trier

10. Mai 2023
 Bitte bei Zahlung angeben:
 Rechnungsnr.: 11704

Original

Liquidation

für: Saadia Wasmih, geb. am 10.12.1964, Versichertenr.:

Für meine ärztlichen Leistungen, laut GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) erlaube ich mir folgenden Betrag zu berechnen:

EUR 95,15

Ich bitte Sie, diesen Betrag bis zum 09.06.2023 unter Angabe der oben aufgeführten Rechnungsnummer auf unten genanntes Konto zu überweisen. Die Rechnung wird nach § 12 Abs. 1 GOÄ mit Zugang fällig. Die Rechnung ist unabhängig von Erstattungsleistungen anderer Stellen zu begleichen. Wird der Rechnungsbetrag nicht nach Fälligkeit und Zugang ausgeglichen, geraten Sie daher gemäß § 286 Abs. 3 S. 1 BGB in Verzug, ohne dass es einer Mahnung bedarf.

Diagnose(n):

Lumboischialgie, Lumbaler BSV [Bandscheibenvorfall], Paravertebrale Muskelverspannung, Paravertebrale Tendomyopathie, Fersenschmerzen, Plantarer Fersensporn

Datum	Ziffer	Anzahl	Einfach	Faktor	Betrag	Leistungstext und Begründung
10.05.2023	34		17,49	2,30	40,22	Erörtern einer Lebensveränderung max 2x im Halbjahr
	7		9,33	2,30	21,45	Untersuchung, Bewegungsorgane
	800		11,37	2,30	26,14	Neurologische Untersuchung
	510		4,08	1,80	7,34	Übungsbehandlung
Endsumme					<u>95,15</u>	

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. / Univ. Aleppo

Dr. med. Hesso

Facharzt für Orthopädie

Sportmedizin, Akupunktur, Chirotherapie

Physikalische Therapie, Neuraltherapie

54295 Trier-Heiligkreuz, Tessenowstr. 29

Tel. 0651-99375784 - Fax 0651-99375785

50 44 09000



**Die Apotheke, der Partner
für Ihre Gesundheit**



**Die Apotheke, der Partner
für Ihre Gesundheit**



**Die Apotheke, der Partner
für Ihre Gesundheit**

C2-K3

Kassenrezept geb. (1)

IBU 600 1A PHARMA

FTA 50St 1x 13,80 Z 5,00 K
08533813

NOVAMINSULFON 500 1A PHARM

FTA 50St 1x 14,43 Z 5,00 K
06444040

Endsumme 10,00

Zu zahlen EUR 10,00

Bar EUR 10,00

Rückgeld EUR 0,00

In der Endsumme sind enthalten
10,00 EUR Zuzahlung (Z)

Es beriet Sie Frau E. Bell
Wir danken für Ihren Besuch

Auf Wiedersehen

Kassen-ID 12642-005
Bonnummer: 55267
--TSE--
Transaktion 230890
Start 2023-05-11T12:48:37 - 000z
Ende 2023-05-11T12:50:15 - 000z
Serien-Nr. 6tk7DDXx77hFiID05LNxw3hEd
loKltry97kpVdbQZHU=
565997
Sign.Zaehler
Signatur

DGb2UwagZxqGfqdH/WbKWwAve
W77WtB1Wnw/8W7n5PY0vYbxbO
vUMx7R33XVmhJTCniv1eScnN
wnaSHFMeOVtQ0WsWfBaQmjAM+