

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.

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

7342

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHOUKI

HASSAN

Date de naissance :

27/02/1968

Adresse :

HAÏTUELLE

Tél. :

06 61 32 80 52

Total des frais engagés :

354,62 G

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : CHOUKI HASSAN Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

STERNOSE



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'attédocteur conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
				INP : [REDACTED]

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

D	H	G	B	O.D.F PROTHESES DENTAIRES DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 B 35533411 11433553 [Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession
D	H	G	B	
D	H	G	B	
D	H	G	B	
D	H	G	B	
D	H	G	B	
D	H	G	B	
D	H	G	B	
D	H	G	B	
D	H	G	B	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

QUITTANCE**Nos références**

Compte : 18463403 NIP : 8012910849
 Réf. : 5347863734 N° d'entrée : 752314392

Hôpital

HEGP

20-40 RUE LEBLANC
75908 PARIS CEDEX 15

FINESS : 750803447

Poste : APHP-Paiement en ligne
 Service : Frais de séjour
 Tel du service :
 Permanence téléphonique : Ouvertures des caisses du au
 de à

CHOUKI HASSAN
 6 RUE EL MORTADA ETGE 5 APTT
 CASABLANCA
 MAROC

NIP

Patient									Date de paiement	: 18.05.2023	
CHOUKI HASSAN 6 RUE EL MORTADA ETGE 5 APTT 99350 CASABLANCA								Total montant dû	: 13.013,10 €		
								Dont TVA	: 0,00 €		
								Total déjà acquitté	: 12.658,48 €		
								Montant payé	: 354,62 €		
								Montant annulé	: 0,00 €		
								Restant dû	: 0,00 €		

Code Spéc Tarif DMT / MT	Orig. Pr.	Désignation	Majo	Date	Quantité Coefficient Durée	Tarif unitaire	Marge	Montant à 100%	Taux à votre charge	Dépassement	Montant total TTC à votre charge	Taux TVA
12 234 03		RC - CHIRURGIE HC		du 22/02/23 au 26/02/23	5,00	2.494,62		12.473,10	100,00		12.473,10	
49 234 03		FJ - FORFAIT JOURNALIER		du 22/02/23 au 26/02/23	5,00	20,00		100,00	100,00		100,00	
49 234 03		FJ - FORFAIT JOURNALIER		27/02/23	1,00	20,00		20,00	100,00		20,00	
		RP - REGIME PARTICULIER		22/02/23	1,00	70,00		70,00	100,00		70,00	
		RP - REGIME PARTICULIER		23/02/23	1,00	70,00		70,00	100,00		70,00	
		RP - REGIME PARTICULIER		24/02/23	1,00	70,00		70,00	100,00		70,00	
		RP - REGIME PARTICULIER		25/02/23	1,00	70,00		70,00	100,00		70,00	
		RP - REGIME PARTICULIER		26/02/23	1,00	70,00		70,00	100,00		70,00	
		RP - REGIME PARTICULIER		27/02/23	1,00	70,00		70,00	100,00		70,00	

N : nuit ou enfant de moins de 13 ans ; F : Férié ou dimanche ; U : Urgence ;

P : Urgence pédiatrique ; Z, B, C, D : Majorations de radiographies

Hôpital Européen Georges Pompidou
 20, rue Leblanc - 75908 PARIS Cedex 15
 N° FineSS : 75 0 80344 7
 Sce Frais de Séjour
 Patients non résidents

Pour obtenir le remboursement auprès de votre organisme complémentaire, veuillez lui adresser ce reçu accompagné du ticket CB correspondant au n° de commande 23TIPI003935559.

Mode de règlement

Carte Bancaire : 354,62 euros



Détail des soins reçus :

Code Spéc Tarif DMT / MT	Orig. Pr.	Désignation	Majo	Date	Quantité Coefficient Durée	Tarif unitaire	Marge	Montant à 100%	Taux à votre charge	Dépassement	Montant total TTC à votre charge	Taux TVA
12 234 03		RC - CHIRURGIE HC		du 22/02/23 au 26/02/23	5,00	2 494,62		12 473,10	100,00		12 473,10	
49 234 03		FJ - FORFAIT JOURNALIER		du 22/02/23 au 26/02/23	5,00	20,00		100,00	100,00		100,00	
49 234 03		FJ - FORFAIT JOURNALIER		27/02/23	1,00	20,00		20,00	100,00		20,00	
		RP - REGIME PARTICULIER		22/02/23	1,00	70,00		70,00	100,00		70,00	
		RP - REGIME PARTICULIER		23/02/23	1,00	70,00		70,00	100,00		70,00	
		RP - REGIME PARTICULIER		24/02/23	1,00	70,00		70,00	100,00		70,00	
		RP - REGIME PARTICULIER		25/02/23	1,00	70,00		70,00	100,00		70,00	
		RP - REGIME PARTICULIER		26/02/23	1,00	70,00		70,00	100,00		70,00	
		RP - REGIME PARTICULIER		27/02/23	1,00	70,00		70,00	100,00		70,00	
		RP - REGIME PARTICULIER										
Montant total TTC à votre charge											13 013,10 €	

N : nuit ou enfant de moins de 13 ans ; F : Férié ou dimanche ; U : Urgence ;
 P : Urgence pédiatrie ; Z, B, C, D : Majorations de radiographies

FACTURE

FRAIS D'HOSPITALISATION

NIP :



Références à rappeler :

NIP / IPP : 8012910849 Compte client : 18463403
 Référence : 5347863734 N° de dossier : 752314392
 Utilisateur : 4031526



Pour nous contacter :

HEGP
 SERVICE DES FRAIS DE SEJOUR
 20-40 RUE LEBLANC
 75908 PARIS CEDEX 15

N° SIRET : 26750045201191
 Code FINESS : 750803447

CHOUKI HASSAN
 7RUE EL MORTADA ETGE 3APTT
 CASABLANCA
 MAROC

Le 30.06.2023

Identité du malade / de l'assuré :

Malade	: CHOUKI HASSAN
Date de naissance du malade	: 6 RUE EL MORTADA ETGE 5 APTT 99350 CASABLANCA
Assuré	: 27.02.1968
N° de sécurité sociale	
Régime	: Risque : 00

Période de facturation :

Facturation du	: 22.02.2023	Au : 27.02.2023
Mode d'entrée	: 1	
Mode de sortie	: 2	

Prise en charge :

Date d'hospitalisation antérieure		
Référence de prise en charge		
Prise en charge du	: 22.02.2023	Au : 27.02.2023
Taux	: 100	

Accident de travail :

Date	
Bénéficiaire	
N° d'AT	

Parcours de soins :

Parcours	
Médécin	

PAYÉ

Correspondance :

Hôpital Européen Georges Pompidou
 20, rue Leblanc - 75908 PARIS Cedex 15
 N° Finess : 75 0 80344 7
 Sce Frais de Séjour
 Patients non résidents



Cette facture a été rendue exécutoire par le titre 230198409075100 émis le 15.03.2023