

## 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.



## Declaration de Maladie

N° W21-808633

☒ 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 : MUTUELLE

Tél. : 06 61 32 80 52 Total des frais engagés : 354,62 G

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : CHOUKI HASSAN

Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : STENOSE CAROTIDES

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'att. médecin 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

### 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.



RELEVÉ 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 : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

[illegible]

**VOLET ADHERENT**

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

SOINS DES SOUS-TRAITEMENTS		Traitements																																
										Coefficient des travaux																								
											Montants des soins																							
											Début d'exécution																							
											Fin d'exécution																							
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2"></th> </tr> </tbody> </table>					H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			B				Coefficient des travaux				
	H		G																															
	25533412	21433552																																
	00000000	00000000																																
	00000000	00000000																																
	35533411	11433553																																
	B																																	
	[Création, remont, adjonction]					Montants des soins																												
	Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession					Date du devis																												
					Date de l'exécution																													

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	
CHOUKI HASSAN 6 RUE EL MORTADA ETGE 5 APTT 99350 CASABLANCA	18.05.2023	
	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 pédiatrie ; Z, B, C, D : Majorations de radiographies

Hôpital Européen Georges Pompidou  
20, rue Leblanc - 75008 PARIS Cedex 15  
N° Finess : 75 0 80344 7  
Sce Frais de Séjour  
Patients non résidents

**PAYÉ**

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	
<b>Montant total TTC à votre charge</b>											<b>13 013,10 €</b>	

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



## FRAIS D'HOSPITALISATION

NIP :



## Références à rappeler :

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

ASSISTANCE  
PUBLIQUE



HÔPITAUX  
DE PARIS

## Pour nous contacter :

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

N° SIRET : 26750045201191  
Code FINSS : 750803447

CHOUKI HASSAN  
7RUE EL MORTADA ETGE 3APTT  
CASABLANCA  
MAROC

Le 30.06.2023

## Identité du malade / de l'assuré :

Malade : CHOUKI HASSAN  
6 RUE EL MORTADA ETGE 5 APTT 99350 CASABLANCA  
Date de naissance du malade : 27.02.1968  
Assuré :  
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 : 22.02.2023 Au : 27.02.2023  
Prise en charge du :  
Taux : 100

## Accident de travail :

Date :  
Bénéficiaire :  
N° d'AT :

## Parcours de soins :

Parcours :  
Médecin :

## 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