

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.

N° W21-808645

172196

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

7342

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHOUKI

HASSAN

Date de naissance :

27/02/1968

Adresse :

TEMBI TUELL

Tél. :

0661328652

Total des frais engagés :

83€ 26cm.

83,26€

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

20/02/2023

CHOUKI HASSAN

Age: 54

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

Sténose Carotidie

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 : Paris

Le : 18/05/2023

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
20/02/23	ATM	1	14,26	CONSULTATION D'ANESTHESIE INP : H.E.G.P.
20/02/23	C.N.R	1	63,00	20 rue Leblanc - 75015 PARIS Tél. 01.56.09.30.11 secretaire.sar@egp.aphp.fr

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

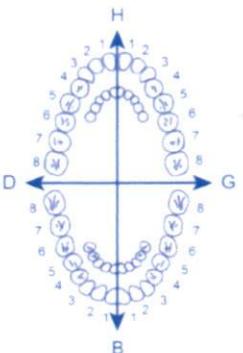
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

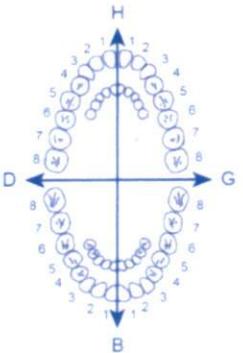
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

QUITTANCE**Nos références**

Compte : 18463403 NIP : 8012910849
 Réf. : 5347538683 N° d'écriture : 235583406

Hôpital

HEGP

20-40 RUE LEBLANC
75908 PARIS CEDEX 15

FINESS : 750803447

Poste : APHP-Paiement en ligne

CHOUKI HASSAN

Service : Traitements externes

6 RUE EL MORTADA ETGE 5 APTT

Tel du service :

CASABLANCA

Permanence téléphonique : Ouvertures des caisses du au
de à

MAROC

NIP

Patient									Date de paiement	: 18.05.2023			
CHOUKI HASSAN 6 RUE EL MORTADA ETGE 5 APTT 99350 CASABLANCA								Total montant dû : 83,26 €					
								Dont TVA : 0,00 €					
								Total déjà acquitté : 0,00 €					
								Montant payé : 83,26 €					
								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
47		ATM - ACTES TECHNIQUES MEDICAUX		20/02/23	1,00	14,26		14,26	100,00		14,26	
47		CNR - NON RESIDENT CONS TYPE 5		20/02/23	1,00	69,00		69,00	100,00		69,00	

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

Si vous bénéficiez de la Sécurité sociale en France, le tiers-payant est applicable. Vous devez transmettre votre attestation de droits au service dont les coordonnées figurent en haut à gauche du recto de la présente quittance. Votre attestation de droits est disponible sur le site AMELI.

Mode de règlement

Carte Bancaire : 83,26 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
47		ATM - ACTES TECHNIQUES MEDICAUX		20/02/23	1,00	14,26		14,26	100,00		14,26	
47		CNR - NON RESIDENT CONS TYPE 5		20/02/23	1,00	69,00		69,00	100,00		69,00	
Montant total TTC à votre charge											83,26 €	

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

Justificatifs à fournir à l'hôpital, dont l'adresse figure au recto (encadré), pour être dispensé du paiement d'une partie de ces frais :

- * Photocopie de l'attestation papier de la carte vitale,
- * Photocopie de la carte ou de l'attestation papier de l'Aide Médicale d'Etat (AME) valable à la date des soins,
- * Photocopie recto-verso de votre carte mutuelle,
- * Attestation CMUC,
- * Photocopie de la feuille de suivi de maternité,
- * Tout autre document attestant d'une prise en charge spécifique (original du volet accident du travail, invalidité...).

FACTURE**SOINS EXTERNES****Références à rappeler :**

NIP / IPP : 8012910849 Compte client : 18463403
 Référence : 5347538683 N° de dossier : 235583406
 Utilisateur : 3128531

NIP :**Nom et prénom du patient :**

CHOUKI HASSAN

**Pour nous contacter :**

HEGP
 TRAITEMENTS EXTERNES
 20-40 RUE LEBLANC
 75908 PARIS CEDEX 15

CHOUKI HASSAN

7RUE EL MORTADA ETGE 3APTT
 CASABLANCA
 MAROC

Avez-vous déclaré un médecin traitant ?

OUI NON

Nom : _____

Prénom : _____

**Grâce au paiement de votre facture,
 l'accès de tous au service public
 hospitalier est assuré.**

Le 30.06.2023

Madame, Monsieur,

Vous avez reçu des soins, dont le détail figure au verso de ce document.

Si vous nous transmettez, **avant le 15.03.2023**, les documents justifiant de votre prise en charge par l'assurance maladie ou par une assurance complémentaire (voir liste au verso de ce document), vous pourrez être dispensé de faire l'avance de tout ou partie des frais correspondant à ces soins.

Sinon vous devez nous régler la somme de **83,26 euros avant le 15.03.2023**.

€
**PAYER EN
 LIGNE**

**Comment payer cette facture ?**

* Par carte bancaire sur le site internet sécurisé <https://paiement-en-ligne.aphp.fr>

Ce site de paiement en ligne est sécurisé et accessible 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24.
 Vos identifiants de connexion sont :

Compte client : 18463403

Référence : 5347538683

* Par chèque libellé à l'ordre du Trésor Public et adressé par voie postale à l'adresse encadrée en en-tête de cette facture

PAYÉ

* Par carte bancaire au guichet de la caisse de n'importe quel hôpital de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

* A défaut d'autre possibilité, en espèces (billets et pièces en euros) si le montant de votre facture est inférieur à 300 €. Vous pouvez vous présenter auprès de la caisse de n'importe quel hôpital de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

Merci de joindre la présente facture pour tout paiement en caisse ou par courrier.

Hôpital Européen Georges Pompidou

Une quittance vous sera remise à l'issue de votre paiement pour le justifier.

N° Finess : 75 0 80344 7

Sce Frais de Séjour

Patients non résidents

