

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-808637

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7372 Société : CHAOUKI HASSAN 188 164

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : CHAOUKI HASSAN

Date de naissance : 27/02/1968

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0661328052 Total des frais engagés : 208,65 €

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/09/2023

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 : Oujda Le : 29/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
29/09/23	APU CS spécialisée PUPU	150€	Professeur Jean-Marc ALSAC - PU- Département de Chirurgie Cardio-vasculaire Hôpital Européen Georges Pompidou 20-40 rue Leblanc - 75008 Paris Cedex 15 Secrétariat - Tél. : 01 56 09 36 31 RPPS 10001635563 - N° FINESS 750803447	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES SABLONS S.E.L.U.R.L. C.PARADE 85 avenue Charles de Gaulle 92200 Neuilly - 01 46 24 10 06 92 2 015409	26/03/23	118,65€

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

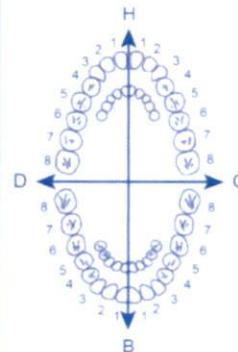
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

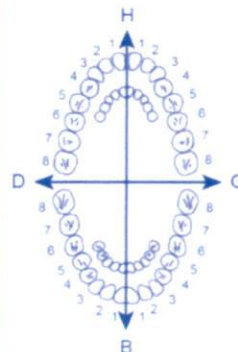
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
00000000	00000000
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

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'EXECUTION



SELAS PHARMACIE DES SABLONS
PARADE Christian
85 Avenue Charles de Gaulle
92200 NEUILLY SUR SEINE
France

N° SIREN : 450336482
 N° TVA intracommunautaire : fr54/450336482
 Code NAF : 4773Z

N° téléphone : 0146241006

CHOUKI Hassan

20100 CASABLANCA
 Maroc

Caisse : 01 Opérateur n° 1 VD1
 Client : CHOUKI Hassan

Facture n° 174477 du 26/09/2023 - vente n° 123092600018 - FSE n° 316870

Code	Désignation	Qté	P.U.HT	Net HT (arrondi)	Taux TVA	Net TTC
34009 3569309 9	COUMADINE 5MG CPR SECABLE 30	10	4,770	47,70	2,10	48,70
	HONORAIRE DE DISPENSATION	10	0,999	9,99	2,10	10,20
34009 3379460 6	IOMERON 350 SOL FL 150ML 1	1	53,526	53,53	2,10	54,65
	HONORAIRE DE DISPENSATION	1	0,999	1,00	2,10	1,02
HDR	HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE	1	0,500	0,50	2,10	0,51
HDE	HONORAIRE MEDICAMENT SPECIFIQUE	1	3,497	3,50	2,10	3,57

Quantité Produit : 11

Banque:
 IBAN:

Taux de TVA	Net HT	Montant TVA	Montant TTC
2,10	116,21	2,44	118,65
Totaux	116,21	2,44	118,65

Part principale		Part assuré	118,65
Part complémentaire			

Net à payer 118,65

Membre d'une association agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté

Réglée en ESPECES, date d'échéance : 26/09/2023

Indemnité forfaitaire pour frais de recouvrement en cas de paiement à une date ultérieure à celle figurant sur la facture : 40 €. Si les frais de recouvrement sont supérieurs à ce montant, une indemnisation complémentaire sera due, sur présentation des justificatifs.

PHARMACIE DES SABLONS
 S.E.L.U.R.L. C. PARADE
 85 avenue Charles de Gaulle
 92200 Neuilly - 01 46 24 10 06
 92 2 015409

facture acquittée ce jour

Service de Radiologie

HOPITAUX UNIVERSITAIRES PARIS OUEST

Chef de service : Pr Clement

Bureau des rendez-vous :

01 56 09 38 02

FAX : 01 56 09 38 37

N° RPPS 10000484476

Paris, le jeudi 31 août 2023

NOM : CHOUKI

Prénom : HASSAN

Sexe : Masculin

Date de naissance : 27/02/1968

Poids :

**L'examen ne pourra être réalisé en l'absence de ces produits.
LES COMMANDER A L'AVANCE**


ORDONNANCE NON SUBSTITUABLE

Vous allez passer un Scanner (TDM), veuillez vous procurer en pharmacie :

€ **IOMERON 350** : 1 Flacon de 150 ml

Code CIP 3400933794606

PHARMACIE DES SABLONS
S.E.L.U.R.L. C. PARADE
85 avenue Charles de Gaulle
92200 Neuilly - 01 46 24 10 06
92 2 015409
26/09/23


Hôpital Européen Georges Pompidou
Professeur Olivier CLEMENT
Service de Radiologie
20, rue Leblanc - 75908 Paris Cedex 15
N° FINESS : 75 0 803447
N° RPPS : 10000484476

Professeur Jean Marc ALSAC
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire
HEGP - 20 rue Leblanc 75015 Paris
RPPS : 10001635563 - N° ADELI : 75 1723545

Paris, le

29/09/2022

Facture Acquittée

Identification du bénéficiaire

M. <i>CHOUKI Nassan</i>	Né(e) le :
	N° INSEE :
Régime obligatoire :	Régime Complémentaire :

Je soussigné(e), M. *CHOUKI* reconnais être entré(e) au Centre Hospitalier en qualité de « Patient Personnel » du Professeur Jean-Marc ALSAC.

Je reconnais avoir été informé(e) des honoraires pour les consultations et actes médicaux nommés ci-dessous.

Je soussigné le Pr Jean-Marc ALSAC, certifie avoir reçu la somme de 150.00 euros en tant que ticket modérateur et dépassement d'honoraires.

Désignation des actes facturés le			sur la FSE n°
Code acte	Montant des honoraires facturés	Part SS tarif CCAM avec modificateur	Part Mutuelle
APU	150.00	69.00	81.00
Total :	150.00	69.00	81.00

Le Patient,

Le Praticien,

Professeur Jean-Marc ALSAC - PU-PH
Département de Chirurgie Cardio-vasculaire
Hôpital Européen Georges Pompidou
20-40 rue Leblanc - 75008 Paris Cedex 15
Secrétariat - Tél. : 01 56 09 36 31
RPPS 10001635563 - N° FINESS 750803447