

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-808637

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

7372

Société :

188 164

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHOUIGI HABIB

Date de naissance :

27/02/1968

Adresse :

HABIBI TELLE

Tél. :

066 132 80 52

Total des frais engagés :

268,65 €

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

29/10/2023

Age :

65 ans

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :



En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, je communiquerai les renseignements sous pli confidentiel à l'at

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 :

Le : 29/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

# 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
29/09/23	APU CS spécialiste PUPU		150 €	Professeur Jean-Marc ALSAC - PU- Département de Chirurgie Cardio-vasculaire Hôpital Européen Georges Pompidou 2040 rue Leblanc - 75908 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	26/09/23	118,65 €

## ANALYSES - RADIographies

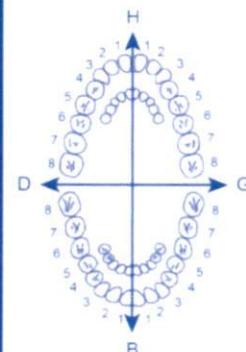
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

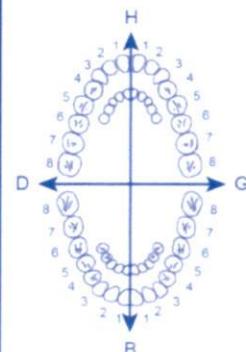
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel. Therapeutique, 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



**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	<b>118,65</b>

Part principale		Part assuré	118,65
Part complémentaire			

<b>Net à payer</b>	<b>118,65</b>
--------------------	---------------

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.I.C.PARADE  
 85 avenue Charles de Gaulle  
 92200 Neuilly 01 46 24 10 06  
 92 2 015409

*facture acquitté,  
 ce jour*



Hôpital européen  
Georges-Pompidou  
AP-HP

20 rue Leblanc,  
75908 Paris Cedex 15

**Service de Radiologie**

**Chef de service : Pr Clement**

Bureau des rendez-vous :

**01 56 09 38 02**

FAX : **01 56 09 38 37**

N° RPPS **10000484476**

ASSISTANCE  
PUBLIQUE   
HÔPITAUX  
DE PARIS

HOPITAUX UNIVERSITAIRES PARIS OUEST

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*



**Professeur Jean Marc ALSAC**  
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier  
**Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire**  
HEGP - 20 rue Leblanc 75015 Paris  
RPPS : 10001635563 - N° ADELI : 751723545

Paris, le 29/09/2023

### **Facture Acquittée**

#### **Identification du bénéficiaire**

M Cuovki Hassan	Né(e) le :
	N° INSEE :
Régime obligatoire :	Régime Complémentaire :

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

Je reconnaît 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
<b>Total :</b>	<b>150.00</b>	<b>69.00</b>	<b>81.00</b>

Le Patient,

Le Praticien,

**Professeur Jean-Marc ALSAC - PU-PH**  
Département de Chirurgie Cardio-vasculaire  
Hôpital Européen Georges Pompidou  
20-40 rue Leblanc - 75908 Paris Cedex 15  
Secrétariat - Tél. : 01 56 09 36 31  
RPPS 10001635563 - N° FINESS 750803447

CETTE NOTE D'HONORAIRES REMPLACE LA FACTURE E615 OU LA FACTURE REF : S3404