

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.

Biologie 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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 055628

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4835 Société : 55286

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAID BRIBER

Date de naissance : 03-03-1957

Adresse : DB EL MANIR Rue 7A N°43 FIDA

Tél. : 06 66 18 87 48 Total des frais engagés : 27,89 E Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

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'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

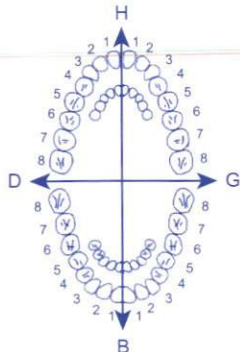
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	G																			
D																				
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS																
			DATE DU DEVIS																	

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	00000000 35533411	00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS
	B		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
			DATE DU DEVIS



GROUPE
HOSPITALIER
PARIS
SAINT-JOSEPH

Service de radiologie, imagerie médicale

185 rue Raymond Losserand 75014

Mail : imagerie@ghpsj.fr

Mk 4835

BRIBER SAID

1 SQUARE PAYRET DORTAIL

92170 VANVES

Paris, le lundi 5 octobre 2020

Votre examen : RADIO - POIGNET

Initialement prévu le 13/10/2020 à 17:15

Est déplacé au **Mardi 20 Octobre 2020 à 17:00**

Le jour de votre rendez-vous, présentez-vous à l'accueil d'Imagerie médicale, muni impérativement de :

- Votre ORDONNANCE (prescription de votre examen par votre médecin. En l'absence de l'ordonnance, votre examen ne pourra être réalisé),
- Vos EXAMENS ANTERIEURS,
- Votre pièce d'IDENTITE est obligatoire (carte d'identité, passeport ou carte de séjour),
- Un justificatif de domicile datant de moins 3 mois (quittance de loyer, facture EDF...),
- Votre Carte Vitale et/ou son attestation en cours de validité en date des soins,
- Votre carte de mutuelle,
- Un moyen de PAIEMENT.

Merci de vous présenter **15 min avant** votre heure de rendez-vous à l'accueil caisse
Imagerie ouvert de 7h45 à 19h, situé au niveau de l'entrée principale.

Pour toute modification ou annulation de rendez-vous merci d'appeler

le **01 44 12 80 60** ou envoyer un mail imagerie@hpsj.fr

NB : Après avoir passé votre examen, vous devez avertir votre médecin que l'examen a été réalisé pour qu'il puisse prendre connaissance des résultats.

Accès : Métro ligne 13 (station Plaisance ou Porte de Vanves) ; Bus : 62 ou 58 ; Tramway : T3 (station Porte de Vanves)

Standard: 01 44 12 33 33

Rendez-vous d'imagerie médicale : 01 44 12 80 60

Rendez-vous de consultation : 01 44 12 80 00



Hôpital Paris
Saint-Joseph

GRUPE
HOSPITALIER
PARIS
SAINT-JOSEPH

Service de radiologie, imagerie médicale

185 rue Raymond Losserand 75014

Mail : Imagerie@gnps.fr

Prise de RDV :

Tel : 01 44 12 80 60

Fax : 01 44 12 80 59

BRIBER SAID

1 SQUARE PAYRET DORTALD

92170 VANVES

Paris, le vendredi 2 octobre 2020

Madame, Monsieur

Vous avez rendez-vous le Mardi 13 Octobre 2020, à 17:15 pour votre examen : RADIO - POIGNET

Le jour de votre rendez-vous, présentez-vous à l'accueil Imagerie Médicale – ZONE A, **15 mn avant**, muni impérativement de :

- Votre ordonnance /prescription
- Votre pièce d'IDENTITE est obligatoire (Carte d'identité ou de séjour, passeport, permis)
- Un justificatif de domicile de moins de 3 mois (quittance, loyer, facture EDF...)
- Votre carte vitale et/ou attestation en cours de validité à la date des soins
- Votre carte de mutuelle en cours de validité à la date des soins
- Un moyen de PAIEMENT
- Les résultats d'examens de laboratoire (si prescription sur ordonnance jointe)

Pour la bonne réalisation de l'examen, nous vous demandons, de ne porter aucun bijou ou objet métallique.

NB : La remise de résultats s'effectuera sous 48h, par mail, ou à défaut par courrier.



A votre arrivée dans notre service 15 min précieusement avant votre rendez-vous :

- ✓ Nous vous demanderons de respecter les distances de sécurité dans la salle d'attente.
- ✓ Si vous ne venez pas seul(e), la personne accompagnante devra patienter en dehors du service.
- ✓ Si vous n'avez pas de masque, la personne qui vous accueillera lors de votre enregistrement vous en fournira un que vous devrez conserver jusqu'à votre sortie de l'établissement.
- ✓ Du gel hydroalcoolique pour vous laver les mains sera également à votre disposition.

185 rue Raymond Losserand-75674 Paris Cedex 14

Accès : Métro ligne 13 (station Plaisance ou Pte de Vanves) Bus 62/58 Tramway T3 (station Pte de Vanves)

N° FINES : 750 000 523

IM/E/ENR-08/10-10-2019



Hôpital Paris
Saint-Joseph

Service d'imagerie médicale
Pôle médico-technique
imagerie@ghpsj.fr

GROUPE
HOSPITALIER
PARIS
SAINT-JOSEPH

Chef de service
Dr Marc Zins
mzins@hpsj.fr

Chef de service adjoint
Dr Isabelle Boulay
iboulay@hpsj.fr

Responsable Opérationnel
Jérôme Rolland
Jrolland@hpsj.fr

Secrétariat
Tél : 01.44.12.36.03
Fax : 01.44.12.38.50

Prise de RDV d'examens d'Imagerie
Tél : 01 44 12 80 60
Fax : 01 44 12 80 59
Imagerie@hpsj.fr

Responsable accueil-planification
Soraya Riga
Tél : 01.44.12.78.34

Cadres médico-techniques
Béatrice Rozet
Tél : 01.44.12.69.69
Sylvie Hervo
Tél : 04.44.12.76.52
Arnaud Fournier
Tél : 01.44.12.72.61
Marianne Jacquin
mjacquin@hpsj.fr

Médecins
Dr Q. Alias
Dr G. Angelopoulos
Dr A. Azarine
Dr N. Badat
Dr S. Benadjaoud
Dr S. Béranger
Dr N. Canepa
Dr A. Cinqualbre
Dr A. Corso
Dr A. Dallongeville
Dr L. Desmottes
Dr M. Di Primio
Dr M-R. El Bejjani
Dr A. Frison-Roche
Dr A-L. Gautier
Dr S. Gerber
Dr F. Guichoux
Dr M.A. Haouari
Dr J. Hodel
Dr S. Kissi
Dr A. Le Berre
Dr V. Marini
Dr V. Marteau
Dr A. Mebazaa
Dr M.P. Morel
Dr L. Novelli
Dr E. Petit
Dr M. Rodallec
Dr S. Silvera
Dr J. Simon
Dr A-M Tardivel
Dr S. Toledano

Paris, le 21/10/2020

Né le 03/03/1957
Centre Marie-Thérèse Malakoff
Examen du 20/10/2020

Monsieur BRIBER Said
1 SQUARE PAYRET DORTAIL
92170 VANVES

Mbs
4835

Radiologie- MGQK001

RADIOGRAPHIE DU POIGNET DROIT FACE PROFIL

Indication :
Bilan

Résultat :
Absence de fracture récente.
Absence de lésion osseuse focale.
Intégrité de la ligne articulaire.
Absence d'anomalie des parties molles visibles.

Ce compte rendu a été validé électroniquement le 21/10/2020 par
le Docteur **CHERIF ABIR**

Compte rendu rédigé avec un logiciel de reconnaissance vocale, peut comporter quelques imperfections orthographiques.

185, rue Raymond Losserand
75674 Paris cedex 14
Standard : 01 44 12 33 33

ghpsj.fr

Fondation hôpital Saint-Joseph, reconnue d'utilité publique, certifiée HAS V2014
N° FINESS 750 000 523

FACTURE DE CONSULTATION

BRIBER SAID
1 SQUARE PAYRET DORTAIL

92170 VANVES

M/E
4835

Référence à rappeler

N° IPP / N° Séjour : **110645625 / 720424662**
Nom / Prénom : **BRIBER SAID**
Date de naissance : **03/03/1957**
Période séjour : **20/10/2020**
N° SS : **0**
N° Adhérent :
Débiteur 1 : **PATIENT PAYEUR**
Organisme d'affil. :
Parcours de soins : **HCS: Accès hors coordination**

Facture N° **200574679**

Période séjour : **20/10/2020**

DMT : Activ : **07**

Date	UF	Code	Tarif	Coef.	Montant	Taux AMO	A votre charge
20/10/2020	9020	MGQK001	27.89	1.00	27.89	0	27.89

Acte : ACTES D'IMAGERIE
Modificateur(s) : Z

Spécialité : 06 - Radiodiagnostic et Imagerie
Médicale

Numéro(s) de demande(s) :

FACTURE REGLEE	Total à payer Somme perçue Reste à payer	Euros
		27.89 27.89 0.00

Reste à payer : **ZÉRO EUROS**
Facturé le : **20/10/2020**

N°IPP : **110645625 BRIBER, SAID**
Facture : **200574679**

Montant : **0.00** Euros

