

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **armacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **diologie 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.

## **tique :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **éducation :**

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.

## **ntaire :**

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](http://www.mupras.com)

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4835

Société : 55986

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SAÏD BRIBER

Date de naissance : 03.03.1957

Adresse : DB ELMANIR 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) : .....

## 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
RX Boignet Groupe Hospitalier Paris Saint-Joseph 185, rue Raymond Losserand - 75636 Paris cedex 14 Service d'Imagerie Médicale Tél. 01 44 12 80 60 - Fax 01 44 12 38 50	20/10/20	1				27,89

## RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

## **(Création, remont, adjonction)**

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	G	
25533412 00000000	21433552 00000000	
D		
00000000 35533411	00000000 11433553	
B		
		MONTANTS DES SOINS
[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@hpsj.fr](mailto:imagerie@hpsj.fr)

PL 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](mailto: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



GROUPE  
HOSPITALIER  
PARIS  
SAINT-JOSEPH

**Prise de RDV :**

Tel : 01 44 12 80 60

Fax : 01 44 12 80 59

**Service de radiologie, imagerie médicale**

185 rue Raymond Losserand 75014

Mail : [imagerie@ghps.fr](mailto:imagerie@ghps.fr)

**BRIBER SAID**

1 SQUARE PAYRET DORTAIS

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 précisément avant votre rendez-vous

- Nous vous demanderons de respecter les distances de sécurité dans le hall 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° FINESS : 750 000 523

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

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. Benadiaoud  
Dr S. Béranger  
Dr N. Canepa  
Dr A. Cinqualbre  
Dr A. Corso  
Dr A. Dallongeville  
Dr L. Desmottes  
Dr M. Di Primo  
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

Né le 03/03/1957

Centre Marie-Thérèse Malakoff  
Examen du 20/10/2020

Monsieur BRIBER Said  
1 SQUARE PAYRET DORTAIL  
92170 VANVES

Paris, le 21/10/2020

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**

Mb  
1835

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

g  
hpsj.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 1835

### 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
<b>Acte : ACTES D'IMAGERIE</b> Modificateur(s) : Z				<b>Spécialité : 06 - Radiodiagnostic et Imagerie Médicale</b>			
<b>Numéro(s) de demande(s) :</b>							

Numéro(s) de demande(s) :

<b>FACTURE REGLEEE</b>	Total à payer	<b>Euros</b>
	Somme perçue	<b>27.89</b>
	Reste à payer	<b>0.00</b>

Reste à payer : **ZÉRO EUROS**

Facturé le : **20/10/2020**

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

Montant : **0.00** Euros



Page 1 / 1