

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

optique :

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.

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

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.

Matricule : 1001 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MOUKHFI Abdellatif

Date de naissance : 1. 1. 1948

Adresse : N° 11 lot NICOLA ALLEE DE LA PLAGE

AIN SERAA - CASABLANCA

Tél. : 06 99 866493 Total des frais engagés : 256,70 E Dhs

Hôpital
Cellule Patients Internationaux
26, rue d'Ulm - 75005 Paris
+33 6 0800 52 74
brahim.bakhis.c3m@curie.fr

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 24 / 02 / 2021

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
16/10/20	Consultation		159,-	2
16/10/20	Consultation Spécialiste		50,-	1

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 Coefficients	Montant des Honoraires
	22/10/20	Echographie	58,70 G

AUXILIAIRES MEDICAUX

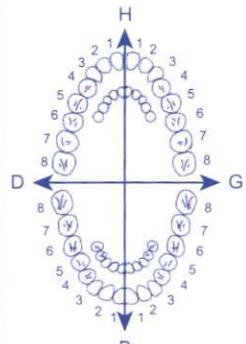
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficent	Coefficent des travaux
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	Coefficient des travaux		
MONTANTS DES SOINS				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

INSTITUT CURIE - HOPITAL
26 rue d'Ulm
75248 PARIS CEDEX 05
FINES : 75 016 001 2
Téléphone Service Facturation : 01.44.32.46.66

Page : 1
Le 11/02/2021 à 15:58
Opérateur : SJ

CONSULTATIONS ET SOINS EXTERNES

Référence à rappeler :

0002015299 N° SS

MOUKHFI
ABDELLATIF

MOUKHFI ABDELLATIF
11 LOT NICOLA - ALLEE DE LA PLAG
AIN SEBA - 20250 CASABLANCA MAROC

99350 CASABLANCA MAROC
MAROC

FACTURE N° : 2092017109

Né (e) le : 01/01/1948

Assuré(e) : N° Adhérent : N° Engagement :

Débiteur 1 :

Débiteur 2 :

UF demandeuse : 2EXT Consultations et actes externes

Jour	UF	Intervenant	Lettre clé / Regr CCAM	Tarif	Coefficient	Montant	Taux	A votre charge
16/10/2020	2EXT	SRN	CSNAS	150.00	1.00	150.00	0	150.00

Acte : PREMIERE CONSULTATION

Intervenant : SCHER NATHANIEL

16/10/2020 | | | | 0.00 | | 0.00 | 0 |

Acte : Patient non concerné par le PdS Intervenant :

*** FACTURE REGLEEE ***

Mode : VIREMENT CIC

N° cheque : 5684 Date : 04/10/2020

Banque : CIC

	EUROS
Total à payer	150.00
Somme perçue	150.00
Reste à payer	0.00

Facturé le : 26/10/2020

INSTITUT CURIE - C3MEDICAL
Hôpital
Cellule Patients Internationaux
26, rue d'Ulm - 75005 Paris
+33 6 0800 52 74
brahim.bakhis@c3m@curie.fr
PAYÉ

N° IPP 2015299 MOUKHFI,Abdellatif Facture : 2092017109 Montant : 0.00 Euros
Regroup : FACTURATION EXTERNE
Coordonnées Bancaires : FR76 3006 6101 2100 0103 5910 294

CONSULTATIONS ET SOINS EXTERNESRéférence à rappeler :

0002015299

N° SSMOUKHFI
ABDELLATIFMOUKHFI ABDELLATIF
11 LOT NICOLA - ALLEE DE LA PLAG
AIN SEBA - 20250 CASABLANCA MAROC99350 CASABLANCA MAROC
MAROC**FACTURE N° : 2097130545**

Né (e) le : 01/01/1948

Assuré(e) :

N° Adhérent :

N° Engagement :

Débiteur 1 :

Débiteur 2 :

UF demandeuse : 2EXT Consultations et actes externes

Jour	UF	Intervenant	Lettre clé / Regr CCAM	Tarif	Coefficient	Montant	Taux	A votre charge
16/10/2020	2CRT	SRN	APC	50.00	1.00	50.00	0	50.00

Acte : CONSULTATION SPECIALISEE (AVIS)

Intervenant : SCHER NATHANIEL

16/10/2020 | | | | 0.00 | | 0.00 | 0 |

Acte : Patient non concerné par le PdS Intervenant :

***** FACTURE REGLEEE *****

Mode : VIREMENT CIC

N° cheque : 5684 Date : 04/10/2020

Banque : CIC

	EUROS
Total à payer	50.00
Somme perçue	50.00
Reste à payer	0.00

Facturé le : 08/12/2020

INSTITUT CURIE – C3MEDICAL
 Hôpital
 Cellule Patients Internationaux
 26, rue d'Ulm – 75005 Paris
 +33 6 0800 52 74
 brahim.bakhis.c3m@curie.fr

PAYÉ

N° IPP	2015299	MOUKHFI,Abdellatif	Facture	: 2097130545	Montant	:	0.00 Euros
Regroup : FACTURATION EXTERNE							
Coordonnées Bancaires : FR76 3006 6101 2100 0103 5910 294							

CONSULTATIONS ET SOINS EXTERNESRéférence à rappeler :

0002015299 N° SS

MOUKHFI
ABDELLATIFMOUKHFI ABDELLATIF
11 LOT NICOLA - ALLEE DE LA PLAG
AIN SEBA - 20250 CASABLANCA MARO99350 CASABLANCA MAROC
MAROC**FACTURE N° : 2097133662**

Né (e) le : 01/01/1948

Assuré(e) :

N° Adhérent :

N° Engagement :

Débiteur 1 :

Débiteur 2 :

UF demanduse : 2BXC BLOC EXTERNE PARIS

Jour	UF	Intervenant	Lettre clé / Regr CCAM	Tarif	Coefficient	Montant	Taux	A votre charge
22/10/2020	2TBC	MAP	ADE	56.70	1.00	56.70	0	56.70

Acte : Acte d echographie

Intervenant : MERIA PAUL

22/10/2020				0.00		0.00	0
------------	--	--	--	------	--	------	---

Acte : Patient non concerné par le PdS Intervenant :

*** FACTURE REGLEEE ***			EUROS
Mode : VIREMENT CIC		Total à payer	56.70
N° cheque : 5684 Date : 04/10/2020		Somme perçue	56.70
Banque : CIC		Reste à payer	0.00

Facturé le : 10/12/2020

INSTITUT CURIE – C3MEDICAL
 Hôpital
 Cellule Patients Internationaux
 26, rue d'Ulm – 75005 Paris
 +33 6 0800 52 74
brahim.bakhis.c3m@curie.fr



N° IPP : 2015299	MOUKHFI,Abdellatif	Facture : 2097133662	Montant : 0.00 Euros
Regroup : FACTURATION EXTERNE			
Coordonnées Bancaires : FR76 3006 6101 2100 0103 5910 294			