

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

### Informations 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.

### 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.

### Maladie :

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.

### 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



Pour Mr ACTON

## Déclaration de Maladie

N° M21- 0037845

94396

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1308 Société : RATI Rehmi

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KARABI Mohammed

Date de naissance : 1949

Adresse : 26 Rue LALEU OMAN OASIS - CASABLANCA

Tél. : 05 22 98 47 22 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 9 / 11 / 2021

Nom et prénom du malade : KARABI Mohammed Age : 72

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

Nature de la maladie : onco thoracique

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) :



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin des Actes
9/11/21	CS		150	CENTRE CHIRURGICAL MARIE LANDELONGUE 133 avenue de la Résistance 92350 LE PLESSIS ROBINSON Tél : 01.40.94.28.00 92 0 15009

Professeur Olaf MERCIER

Chirurgie Thoracique et Vasculaire

10004035340

Montant de la Facture

# 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
CENTRE RADIOLOGICAL MARIE LANDELONGUE 133 avenue de la Résistance 92350 LE PLESSIS ROBINSON 92 0 15009	9/11/21		24,66

Tél : 01.40.94.28.00 / 01.40.94.86.26

Fax : 01.40.94.86.28

Cachet et signature  
du Praticien

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
	AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

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 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



Le Plessis Robinson, le 20/10/2021

Monsieur LARABI Mohammed  
26 RUE LAHCEN OMAR OASIS

99 CASABLANCA



IPP : 736881

Monsieur,

Nous vous invitons à vous présenter à l'Hôpital Marie Lannelongue pour le(s) rendez-vous suivant(s) :

**- Mardi 09/11/2021 à 08:45 : Consultation avec le Professeur MERCIER**

Lors de votre venue, il est indispensable d'apporter :

- ce courrier
- votre carte vitale (ou l'attestation de carte vitale)
- votre carte de mutuelle
- un justificatif de domicile
- une pièce d'identité
- les coordonnées exactes de votre médecin référent
- votre carte patient HML si vous en possédez une

Nous vous prions de croire à tout notre dévouement.

Le secrétariat

**En cas d'empêchement, merci de prévenir au moins 48h à l'avance au  
01.40.94.25.41**

<b>Hôpital Marie Lannelongue</b> 133 avenue de la Résistance 92350 LE PLESSIS ROBINSON	
Tel. +33 (0)1.40.94.28.00	Finess 92 0 00068 4 Siret 775 682 990 00079

## RECU D'ACOMPTE

LE PLESSIS ROBINSON, le 09/11/2021

**M. LARABI Mohammed**  
24 RUE LAHCEN OMAR OASIS

99 CASABLANCA

Nom du patient **LARABI Mohammed**

N° du séjour **210065303**

### Acomptes versés

De	Montant	Date	Mode de paiement	Journal
LARABI Mohammed	150,00	09/11/2021	Espèces	Caisse Principale

La Mercier  
PR





# Département de Chirurgie Thoracique Vasculaire et Transplantation Cardio-pulmonaire

Chef de service : Pr E.Fadel

<https://www.hopitalmarielannelongue.fr/>

Numéro FINESS : 920000684

Au Plessis Robinson

Date : 20/10/2021

Nom : LARABI

Prénom : Mohammed

## CHIRURGIENS

**Professeur Elie FADEL**

Tél : 01 40 94 85 77 - Sec : 01 40 94 85 84 - Fax : 25 27

[e.fadel@hml.fr](mailto:e.fadel@hml.fr)

**Professeur Dominique FABRE**

Tél : 01 40 94 85 76 - Sec : 01 40 94 85 69 - Fax : 25 42

[d.fabre@hml.fr](mailto:d.fabre@hml.fr)

**Professeur Olaf MERCIER**

Tél : 01 40 94 86 95 - Sec : 01 40 94 25 41 - Fax : 25 42

[o.mercier@hml.fr](mailto:o.mercier@hml.fr)

**Professeur Stéphane HAULON**

Tél : 01 40 94 22 97 - Sec : 01 40 94 25 01 - Fax : 85 19

[s.haulon@hml.fr](mailto:s.haulon@hml.fr)

**Docteur Delphine MITILIAN**

Tél : 01 40 94 24 03 - Sec : 01 40 94 25 26 - Fax : 86 31

[d.mitilian@hml.fr](mailto:d.mitilian@hml.fr)

**Docteur Sacha MUSSOT**

Tél : 01 40 94 85 68 - Sec : 01 40 94 25 26 - Fax : 86 31

[s.mussot@hml.fr](mailto:s.mussot@hml.fr)

**Docteur Justine MOUGIN**

Tél : 01 40 94 82 04 - Sec : 01 40 94 85 69 - Fax : 85 62

[j.mougin@hml.fr](mailto:j.mougin@hml.fr)

**Docteur Antoine GIRAULT**

Tél : 01 40 94 88 94 - Sec : 01 40 94 25 41 - Fax : 25 42

[a.girault@hml.fr](mailto:a.girault@hml.fr)

**Docteur Justin ISSARD**

Tél : 01 40 94 24 09 - Sec : 01 40 94 85 73 - Fax : 85 19

[j.issard@hml.fr](mailto:j.issard@hml.fr)

**Docteur Arash ASTANEH**

Tél : 01 40 94 24 28 - Sec : 01 40 94 85 73 - Fax : 85 19

[a.astaneh@hml.fr](mailto:a.astaneh@hml.fr)

**Docteur Jean-Baptiste MENAGER**

Tél : 01 40 94 22 65 - Sec : 01 40 94 85 73 - Fax : 85 19

[j.b.menager@ghpsj.fr](mailto:j.b.menager@ghpsj.fr)

## CHIRURGIENS ATTACHÉS

**Docteur Gilles MISSENAUD**

**Docteur Frédéric KOLB**

**Docteur Nicolas LÉYMARIE**

## ONCOLOGUE

**Dr Thierry LE CHEVALIER**

Tél : 01 40 94 87 91 - Sec : 01 40 94 86 66

[t.lechevalier@ccml.fr](mailto:t.lechevalier@ccml.fr)

## PNEUMOLOGUES

**Docteur Adrian CRUTU**

Tél : 01 40 94 25 78 - Sec : 01 40 94 85 79/01 40 94 25 32

Fax : 01 40 94 86 81

**Docteur Séverine FEUILLET-SOUMMER**

Tél : 01 40 94 25 03 - Sec : 01 40 94 85 79/01 40 94 25 32

Fax : 86 81

**Docteur Valentina FLOREA**

Tél : 01 40 94 25 64 - Sec : 01 40 94 85 67/01 40 94 86 45

Fax : 86 21

**Docteur Philippe HERVE**

Tél : 01 40 94 86 55 - Sec : 01 40 94 86 57 - Fax : 85 29

**Docteur Jérôme LE PAVEC**

Tél : 01 40 94 24 30 - Sec : 01 40 94 85 78 - Fax : 86 82

**Docteur Pauline PRADERE**

Tél : 01 40 94 22 79 - Sec : 01 40 94 85 78 - Fax : 86 82

## TRANSPLANTATION

Sec : Monica DUMAY - Tél : 01 40 94 86 03 - Fax : 87 74

## HÔPITAL DE JOUR

IDE-Chef : 01 40 94 87 58 - Sec : 01 40 94 87 03

Fax : 87 74

## CONSULTATIONS - RV

Tél : 01 40 94 82 52 - Fax : 86 74

## ORDONNANCE

Faire pratiquer :

- Une Radiographie de thorax de face à l'hôpital Marie Lannelongue

Le jour de la consultation post-opératoire :



GROUPE  
HOSPITALIER  
PARIS  
SAINT-JOSEPH

133 avenue de la Résistance  
92 350 Le Plessis-Robinson  
Standard : 01 40 94 28 00

## Relevé des honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire

Rappel du numéro de facture : P21110853

Feuillet 2/2

Transfert N° de case	N° identification prescripteur	Spécialité	N° identification de l'exécutant	Spécialité	Zone tarif	Code convention	Date des actes	Date de la prescription	Code regroupement ou lettre clé	Localisation dentaire	Prix unitaire	Eléments de tarification		Quantité ou coefficient ou dénombrement	Coefficient association	Honoraires facturés	Dépassement	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)
												Modifi- cateurs	Code remb. except.						Taux	Montant		
1			920000684	06	10	1	09/11/21		ADI		21,28 Z			1	1	24,66		24,66				24,66
Sous-total 3																24,66		24,66				24,66

Transfert provisoire - N° FINESS établissement ①

N° FINESS établissement ②

MANDATAIRE(S)		N°	MANDATAIRE(S)		N°	MANDATAIRE(S)		N°
Domiciliation			Domiciliation			Domiciliation		
RIB 30004 01529 00010133125 48			RIB			RIB		
IBAN			IBAN			IBAN		
BIC BNPAFRPPIFO			BIC			BIC		

Montant facturé par le praticien.

n° 1	n° 2	n° 3	n° 4	n° 5	n° 6	n° 7
ZINS Marc						
ADELI 920000684	ADELI	ADELI	ADELI	ADELI	ADELI	ADELI
€ 24,66	€	€	€	€	€	€

MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)

174,66 €

L'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire ☐L'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire ☐

L'émission du présent bordereau atteste du renseignement de celui-ci sur le fondement du bordereau de facturation du régime obligatoire

B\*: Banque



## ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PRIVÉS BORDEREAU DE FACTURATION PATIENT

Date de la facture AMP : 09/11/2021

<b>Identification de l'établissement</b> N° FINESS 920000684 Hôpital Marie Lannelongue 133 avenue de la Résistance, 92350 LE PLESSIS ROBINSON		<b>CODE CATÉGORIE</b> 365	<b>Coefficient MCO</b> 1,0311  <b>Coefficient HAD</b> 1,0311	<b>Références à rappeler</b> Clé facture P N° de lot N° Pré facture P21110853 N° d'entrée 210065303 N° Feuillet 1/2	<b>Signature de l'assuré(e)</b>    <b>Absence de signature</b> <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Domiciliation bancaire de l'établissement</b> IBAN		Bic BNPAFRPPIFO Banque 30004 Guichet 01529 Compte 00010133125 Clé 48			

<b>Le bénéficiaire des soins</b> Nom de naissance et prénom(s) LARABI Mohammed <small>suivis s'il y a lieu du nom d'usage</small>	<b>L'assuré(e) titulaire du contrat AMC</b> (à remplir si le bénéficiaire des soins n'est pas l'assuré(e)) Nom de naissance et prénom(s) LARABI Mohammed <small>suivis s'il y a lieu du nom d'usage</small>
---	---

N° d'immatriculation et clé Code organisme de rattachement N° centre gestionnaire Entrée le 09/11/2021 09:23	Date et rang de naissance 24/04/1949 1 Date début hospitalisation Sortie le 09/11/2021	N° d'immatriculation et clé Adresse 24 RUE LAHCEN OMAR OASIS 99 CASABLANCA	<b>N° contrat/adhérent(e)</b> (mentionné sur l'E.P. ou la carte)
---	--	--	---

Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins			
Maladie <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/>	Accident causé par un tiers AT/MP <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Si oui, date Régime Alsace Moselle <input type="checkbox"/>

Frais de structure et de soins															
Transfert	Mode de traitement	DMT	DCS	Prestations	Période		Prix unitaire	Quantité	Coefficient	Montant facturé	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)
					Du	Au						Taux	Montant		
	07	000		FEXT	09/11/21	09/11/21	150,00	1	1	150,00	150,00				150,00
Sous-total 1										150,00	150,00				150,00

Produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques														
Transfert	Mode de traitement	DMT	DCS	Prestations	N° identification du prescripteur	Date d'implantation	Prix unitaire/ tarif de référence	Quantité	Montant facturé	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)
											Taux	Montant		
Sous-total 2														
Sous-total 1+2									150.00	150.00			150.00	

<b>Acquittement de la facture</b> Règlement du 09/11/2021 par Espèces 24,66			Régularisation 150,00 Total encaissé 174,66	<b>Facture acquittée</b> Le 09/11/2021 10:49 (sa.belmouloud)
--	--	--	--	---

# Département de Chirurgie Thoracique Vasculaire et Transplantation Cardio-pulmonaire

Chef de service : Pr E.Fadel

<https://www.hopitalmarielannelongue.fr/>

Numéro FINESS : 920000684

Au Plessis Robinson

Date : 20/10/2021

Nom : LARABI

Prénom : Mohammed

## CHIRURGIENS

### Professeur Elie FADEL

Tél : 01 40 94 85 77 - Sec : 01 40 94 85 84 - Fax : 25 27

[e.fadel@hml.fr](mailto:e.fadel@hml.fr)

### Professeur Dominique FABRE

Tél : 01 40 94 85 76 - Sec : 01 40 94 85 69 - Fax : 25 42

[d.fabre@hml.fr](mailto:d.fabre@hml.fr)

### Professeur Olaf MERCIER

Tél : 01 40 94 86 95 - Sec : 01 40 94 25 41 - Fax : 25 42

[o.mercier@hml.fr](mailto:o.mercier@hml.fr)

### Professeur Stéphane HAULON

Tél : 01 40 94 22 97 - Sec : 01 40 94 25 01 - Fax : 85 19

[s.haulon@hml.fr](mailto:s.haulon@hml.fr)

### Docteur Delphine MITILIAN

Tél : 01 40 94 24 03 - Sec : 01 40 94 25 26 - Fax : 86 31

[d.mitilian@hml.fr](mailto:d.mitilian@hml.fr)

### Docteur Sacha MUSSOT

Tél : 01 40 94 85 68 - Sec : 01 40 94 25 26 - Fax : 86 31

[s.mussot@hml.fr](mailto:s.mussot@hml.fr)

### Docteur Justine MOUGIN

Tél : 01 40 94 82 04 - Sec : 01 40 94 85 69 - Fax : 85 62

[j.mougin@hml.fr](mailto:j.mougin@hml.fr)

### Docteur Antoine GIRAULT

Tél : 01 40 94 88 94 - Sec : 01 40 94 25 41 - Fax : 25 42

[a.girault@hml.fr](mailto:a.girault@hml.fr)

### Docteur Justin ISSARD

Tél : 01 40 94 24 09 - Sec : 01 40 94 85 73 - Fax : 85 19

[j.issard@hml.fr](mailto:j.issard@hml.fr)

### Docteur Arash ASTANEH

Tél : 01 40 94 24 28 - Sec : 01 40 94 85 73 - Fax : 85 19

[a.astaneh@hml.fr](mailto:a.astaneh@hml.fr)

### Docteur Jean-Baptiste MENAGER

Tél : 01 40 94 22 65 - Sec : 01 40 94 85 73 - Fax : 85 19

[jb.menager@ghpsj.fr](mailto:jb.menager@ghpsj.fr)

## CHIRURGIENS ATTACHÉS

### Docteur Gilles MISSENAUD

### Docteur Frédéric KOLB

### Docteur Nicolas LEYMARIE

## ONCOLOGUE

### Dr Thierry LE CHEVALIER

Tél : 01 40 94 87 91 - Sec : 01 40 94 86 66

[t.lechevalier@ccml.fr](mailto:t.lechevalier@ccml.fr)

## PNEUMOLOGUES

### Docteur Adrian CRUTU

Tél : 01 40 94 25 78 - Sec : 01 40 94 85 79/01 40 94 25 32

Fax : 01 40 94 86 81

### Docteur Séverine FEUILLET-SOUMMER

Tél : 01 40 94 25 03 - Sec : 01 40 94 85 79/01 40 94 25 32

Fax : 86 81

### Docteur Valentina FLOREA

Tél : 01 40 94 25 64 - Sec : 01 40 94 85 67/01 40 94 86 45

Fax : 86 21

### Docteur Philippe HERVE

Tél : 01 40 94 86 55 - Sec : 01 40 94 86 57 - Fax : 85 29

### Docteur Jérôme LE PAVEC

Tél : 01 40 94 24 30 - Sec : 01 40 94 85 78 - Fax : 86 82

### Docteur Pauline PRADERE

Tél : 01 40 94 22 79 - Sec : 01 40 94 85 78 - Fax : 86 82

## TRANSPLANTATION

Sec : Monica DUMAY - Tél : 01 40 94 86 03 - Fax : 87 74

## HÔPITAL DE JOUR

IDE-Chef : 01 40 94 87 58 - Sec : 01 40 94 87 03

Fax : 87 74

## CONSULTATIONS - RV

Tél : 01 40 94 82 52 - Fax : 86 74

## ORDONNANCE

Faire pratiquer :

- Une Radiographie de thorax de face à l'hôpital Marie Lannelongue

Le jour de la consultation post-opératoire :



133 avenue de la Résistance  
92 350 Le Plessis-Robinson  
Standard : 01 40 94 28 00



GROUPE  
HOSPITALIER  
PARIS  
SAINT-JOSEPH