

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 du 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 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

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-677367

113316

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1157 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HAMAYED - ELMILI RAFIK
 Date de naissance : 27/08/1975
 Adresse : 11 Rue de la Mer Belgique Ant. Dal
 Tél. : 0645315315 Total des frais engagés : 150 EUROS 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 22/04/2022

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ 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	
	<u>VIR ci-joint :</u>		1 feuille de soins + 1 Recu de facture d'ob. médicale	IMP	[Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		visité par Actou H
		Hôpital Duppont Berg Bm pidoz
		et PARIS - FRANCE

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

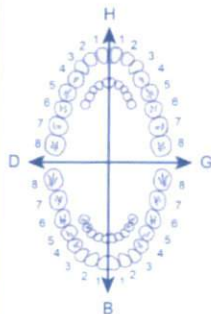
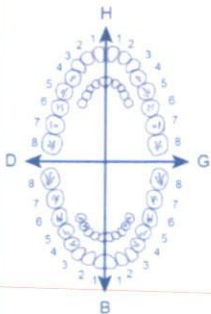
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

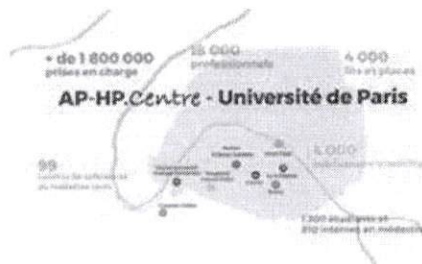
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>						
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>						
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>						
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>						
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE									
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>D</p> <table border="1"> <tr> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> <p>B</p> </div> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	35533411	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	21433552								
	00000000	00000000								
	00000000									
	35533411									
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>						
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>						
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>						

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VOLET ADJUDICATAIRE



**Hôpital européen
Georges-Pompidou
AP-HP**

20, rue Leblanc
75908 PARIS Cedex 15
Standard : 01 56 09 20 00

DMU CARTE

**FEDERATION DE CHIRURGIE
CARDIAQUE ET VASCULAIRE**
Professeur Pascal VOUHE

Service de Chirurgie cardiaque
Professeur Paul ACHOUH

Pr. Paul ACHOUH
Professeur des Universités-
Praticien Hospitalier
Chef de Service

Chirurgie cardiovasculaire
Chirurgie aortique
Transplantation cardiaque
Chirurgie mini-invasive

Ligne directe 01 56 09 25 12
Secrétariat 01 56 09 30 90
Fax 01 56 09 24 59
E-mail paul.achouh@aphp.fr

NOTES D'HONORAIRES

Je soussigné, Professeur Paul ACHOUH, atteste avoir reçu de la part de Monsieur HAMAYET EL MILI Rafik, la somme de 150 euros en règlement des honoraires de la consultation du Jeudi 24 Mars 2022

Professeur Paul ACHOUH
Paris, le jeudi 24 mars 2022

Hôpital Européen Georges Pompidou
20-40, rue Leblanc - 75908 Paris Cedex 15
Département de Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr Paul ACHOUH
Tél. : 01 56 09 30 90
N° RPPS : 10001578664