

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 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

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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 3674	Société : RAI		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : KELLAZ MOHAMMED			
Date de naissance : 6-9-61			
Adresse : DOSSIER CHNAGUI - SAHÉR - BOURASSA			
Tél. : 266116284	Total des frais engagés : 44000		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
10-06-2022 BOUAFIA TOUAYA 55			
Date de consultation : 10-06-2022			
Nom et prénom du malade : BOUAFIA TOUAYA			
Age : 55			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : CONFITIG			
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 : **01/07/2022** Le : **01/07/2022**

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
				INP :

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

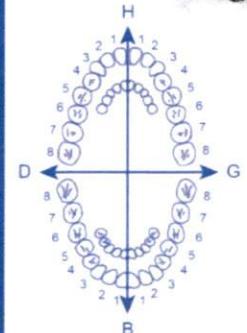
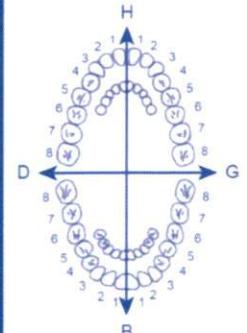
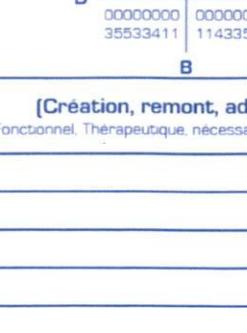
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-bottom: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-bottom: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">H</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p> </div>	H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D		00000000 35533411	00000000 11433553	B		<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-bottom: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-bottom: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">H</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p> </div>	H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D		00000000 35533411	00000000 11433553	B	
H	G																				
25533412 00000000	21433552 00000000																				
D																					
00000000 35533411	00000000 11433553																				
B																					
H	G																				
25533412 00000000	21433552 00000000																				
D																					
00000000 35533411	00000000 11433553																				
B																					
<p>MONTANTS DES TRAVAUX</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px; margin-top: 10px;"></div>	<p>MONTANTS DES SOINS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px; margin-top: 10px;"></div>																				
<p>DEBUT D'EXECUTION</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px; margin-top: 10px;"></div>	<p>FIN D'EXECUTION</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px; margin-top: 10px;"></div>																				
<p>DATE DU DEVIS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px; margin-top: 10px;"></div>	<p>DATE DE L'EXECUTION</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px; margin-top: 10px;"></div>																				

FEUILLE D'HONORAIRES D'ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE

Joindre à cette feuille la prescription des actes

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) ET LE MALADE (1)

Numéro d'immatriculation

Nom – Prénom
(suivi, s'il y a lieu,
du nom d'usage)
ADRESSEBOUAJAJ BERRADA Tourya Née: BOUAJAJ
49 ROUTE DE LA CHABURE
42400 ST CHAMOND

CODE ORGANISME AFFILIATION

Nom et Adresse
de l'organisme
de paiementS'agit-il d'un accident
causé par un tiers ?Si le malade est PENSIONNE DE GUERRE et si les soins
concernant l'affection pour laquelle il est pensionné, cocher cette case OUI Date NON

SI LE MALADE N'EST PAS L'ASSURE(E)

Ne remplir qu'en cas d'accord entre mutuelle et régimes obligatoires

NOM

Prénom

Date de naissance

CODE ORGANISME COMPLEMENTAIRE

Nom et Adresse
de l'organisme
complémentaire

PARTIE RESERVEE AU LABORATOIRE

IDENTIFICATION DU LABORATOIRE

NOM – Prénom – Qualité (du directeur ou du directeur adjoint autorisé à les effectuer)

LABM SAINT CHAMOND
30-Biologie conventionné
Selas Dyomedea Neolab
Place Plaisance
42400 SAINT CHAMOND
=> 42 3 721 04 2 00 1 23 2 39

PRESCRIPTEUR : NOM et N°

AMELI COVID Sans ordonnance

Nom et qualité de l'exécutant des actes de prélèvement

291991453

 CARRET Laurence

ACCIDENT DU TRAVAIL/MALADIE PROFESSIONNELLE

Indiquer la date prévue de l'accouchement ou la date de l'accident

ACTES DE PRELEVEMENT

FRAIS ACCESSOIRES

Date d'exécution des actes	Cotation des actes suivant nomenclature 1	Montant des actes 2	Majorations (nuit, dimanche jour férié) 3	Montant du dépassement (DE) 4	Montant total des actes de prélèvement 5(2+3+4)	I.F. ou I.F.D. 6	I.D. 7	I.K. 8	Montant des actes hors nomenclature 9	Dépassement D.D. 10	Total des frais de déplacement 11

ACTES DE BIOLOGIE MÉDICALE

ACTES EFFECTUÉS

Remboursement inférieur à 100 %	Remboursement à 100 %	Montant des actes hors nomenclature	Montant des actes effectués y compris les suppléments 12	Montant du dépassement D.E. 13
0	0	44.00	44.00	TOTAL * (5+11+12+13)

Suppléments nuit, dimanche et jour férié

TOTAL DES COEFFICIENTS

NOM et N° du laboratoire transmetteur (à indiquer par le laboratoire exécutant)

10-06-2022 10-06-2022

AU LABORATOIRE

Cachet « tiers payant »

A L'ASSURE (E)
VIREMENT A UN COMPTE POSTAL, BANCAIRE OU DIX CAISSE D'EPARGNE. Lors de la première demande de remboursement, joindre le relevé d'identité correspondant.

AUTRE MODE DE PAIEMENT

Le remboursement des prestations de l'assurance maladie exige l'enregistrement des données codées relatives aux actes effectués et aux prestations servies. La Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 s'applique aux opérations effectuées sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie

Signature de l'assuré(e)

Signature du Directeur du laboratoire attestant l'exécution des actes et le cas échéant le paiement

La loi rend possible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L377-1 du Code de la Sécurité Sociale, 441-1 du Code Pénal)

(1) se reporter à la carte d'assurance maladie (et pour les renseignements n'y figurant pas, à remplir selon les indications du malade)

FB01-02 UCANSS Edition 02/03 S 3131e

SAINT CHAMOND - Place Plaisance - 42400 SAINT CHAMOND

Tel : 04 77 29 21 30 - Fax : 04 77 22 98 95

Dont patient :

Mme BOUAJAJ BERRADA-BOUAJAJ Tourya

49 ROUTE DE LA CHABURE

42400 ST CHAMOND

Dossier : SC220610084 du 10-06-2022

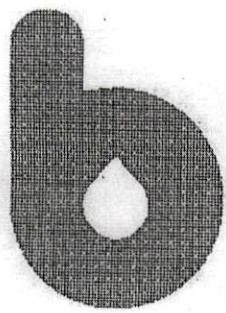
Correspondant : BIOCVID

NOTE HONORAIRE EN EUROS

Déplacements	0.00	0.00
Prélevements	0.00	0.00
Nomenclature	0.00	0.00
Examens non remboursés	44.00	44.00
Examens transmis	0.00	0.00
TOTAL	44.00	44.00
TOTAL OP1 () %	0.00	
TOTAL OP2 () %	0.00	

Mme BOUAJAJ BERRADA-BOUAJAJ Tourya (09-05-1957)

Reste a payer 44.00



Patient se présentant
sans ordonnance pour
test PCR COVID-19

LABORATOIRE SAINT CHAMOND

Place Plaisance

42400-SAINT CHAMOND

Tel : 04.77.29.21.30 - Fax : 04.77.22.98.95

Selas Ullians Biogroup RCS : 406 396 968 00492

<https://biogroup.fr/biogroup-aura/>

Mme Tourya BOUAJAJ BERRADA (Née

BOUAJAJ)

Né(e) le : 09-02-1957 Sexe : F

Dossier N° : SC220610084

Prélevé le 10-06-2022 09:21

Prescrit par : Dr Sans ordonnance AMELLI COVID

Date de l'examen : 10-06-2022

Compte-rendu édité le 10-06-2022 à 18:05

BIOCVID

MAIN PROPRE, A MAILLER

Mme Tourya BOUAJAJ BERRADA

49 ROUTE DE LA CHABURE

42400 ST CHAMOND

BIOCVID

Détection du SARS-CoV-2 (Covid-19) par RT-PCR.

MG1 Easy Extraction for Viral DNA RNA by Magnetic Beads

ID SARS-CoV-2/Influenza Triplex

Origine du prélèvement

SARS-CoV-2 (génomes N et RdRP)

Naso-pharyngé

Positif

Conclusion

Recherche positive. Résultat compatible avec une excréition virale significative, à interpréter selon la symptomatologie. Ce profil correspond à une infection active.

Positive research. Result compatible with significant viral excretion, to be interpreted according to the symptomatology. This profile corresponds to an active infection.

Les données vous concernant collectées dans le cadre du présent examen biologique, en lien avec l'épidémie du Covid19, sont enregistrées dans le système d'information national dénommé SI-DEP, mis en oeuvre par la Direction Générale de la Santé du ministère chargé de la santé. Ce traitement d'intérêt public a pour finalité de centraliser les résultats d'examens de dépistage Covid19 en vue de leur utilisation à des fins d'enquête sanitaire, de surveillance épidémiologique et de recherche via la plateforme des données de santé. Pour plus d'informations sur ce traitement et vos droits : consultez le site du ministère de la santé (<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies>). Pour exercer vos droits (accès, rectification, limitation, voire opposition), nous vous invitons à contacter l'adresse postale "Correspondant à la protection des données - Direction Générale de la Santé (DG5) - ministère des solidarités et de la santé - 14 avenue Duquesne - 75350 PARIS 07 SP" ou l'adresse électronique sidep-rgod@sante.gouv.fr.

Mon test est positif

- Je m'isole immédiatement
- La durée d'isolement et les consignes sanitaires dépendent de votre statut vaccinal. Consultez le site Ameli.
- Je liste les personnes contact
- Je téléphone à mon médecin si j'ai des doutes ou des symptômes inhabituels, et si j'ai des difficultés à respirer j'appelle le 15

Pour toute information complémentaire : <https://mesconseils covid.sante.gouv.fr/#introduction> (données Ministère des solidarités et de la Santé)



BIOGROUP
biologie médicale

LABORATOIRE SAINT CHAMOND

Place Plaisance

42400-SAINT CHAMOND

Tel : 04.77.29.21.30 - Fax : 04.77.22.98.95

Selas Unilians Biogroup RCS : 408 396 968 00492

<https://biogroup.fr/biogroup-aura/>

Mme Tourya BOUAJAJ BERRADA
49 ROUTE DE LA CHABURE

42400 ST CHAMOND

Réf. du dossier :
2022
SC220610084

SAINT CHAMOND, le Vendredi 10 Juin

FACTURE ACQUITTEE

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Nous vous adressons le justificatif de paiement de nos honoraires.

Dossier

Demande N° SC220610084

Date de l'examen : 10-06-2022

N° SS de l'assuré(e) :

Né(e) le : 09-05-1957

Récapitulatif des honoraires :

Patient	Sécurité Sociale	Mutuelle
44.00	0.00	0.00

- Analyses cotées en B :
- Total des B : 0
- Montant hors nomenclature : 44.00 Euros

En vous remerciant, veuillez agréer, Madame, Mademoiselle, Monsieur, l'expression de nos sincères salutations.