

# 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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° M21- 062592

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6071 Société : rehtar

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ALAOUI Mohamed

Date de naissance : 31-12-1942

Adresse : BOUZKOURA GOLF city villa Verte n°814 cas

Tél : 0608016655 Total des frais engagés : 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 :

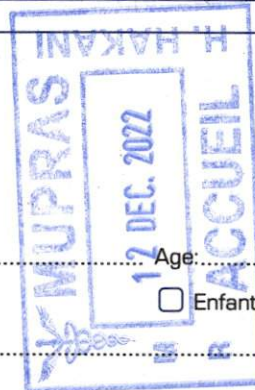
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 31/12/2022

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 attestant le Paiement des Actes

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SAJUS Dr Marc SAJUS 226, Bvd Saint Denis 92400 Courbevoie Tél. : 01 43 33 52 28 N° 92 2 019 732	31/08/22	13,71

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

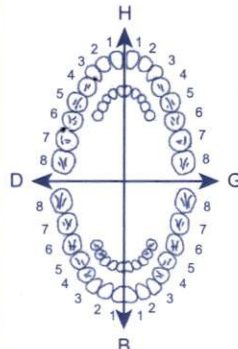
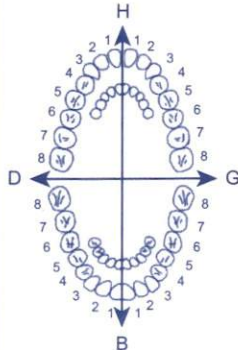
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

Veuillez 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		
				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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  25533412 21433552  00000000 00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>  00000000 00000000  35533411 11433553  <b>B</b> </div> </div> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b>  Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



78, rue du Général Leclerc  
94275 LE KREMLIN-BICÊTRE

Standard : 01 45 21 21 21

Identification du prescripteur  
(nom, prénom et identifiant)

Docteur OCEANE ANGELE NAUDON

N° RPPS

BCT CS PNEUMOLOGIE

Le Kremlin-Bicêtre, le 30/08/2022 à 15:41

940100043

## ORDONNANCE

SERVICE DE PNEUMOLOGIE -  
UNITE DE SOINS INTENSIFS  
DMU 5 - Thorinno  
Site coordonnateur du Centre de Référence  
de l'Hypertension Pulmonaire  
(PulmoTension)  
Centre de Compétence OrphaLung  
Filière de santé RespiFil  
Unité Inserm / Université Paris-Saclay  
Secteur Broca - Porte 1

**Monsieur ALAQUI Mohammed, âgé de 79 ans, né le 31/12/1942**

Augmentin 1 g trois fois par jour pendant 7 jours  
Ultralevure 200 mg : une gélule par jour pendant 7 jours

Génériques souhaités (sauf mention contraire)  
Fin de prescription

Ordonnance validée électroniquement par Docteur OCEANE ANGELE  
NAUDON

Chef de Service  
Pr M. HUMBERT 01 45 21 79 72  
Fax 01 45 21 79 71  
Dr S. BULFON 01 45 21 25 33  
Dr X. JAIS 01 45 21 79 72  
Dr M. JEVNIKAR 01 45 21 78 76  
Pr D. MONTANI 01 45 21 79 76  
Dr A. ROCHE 01 45 21 79 74  
Dr L. SAVAIE 01 45 21 79 74  
Dr A. SEFERIAN 01 45 21 79 76  
Pr O. SITBON 01 45 21 79 72  
Professeur émérite  
Pr G. SIMONNEAU 01 45 21 79 72  
Chefs de Clinique - Assistants  
Dr A. BARON 01 45 21 25 33  
Dr C. CHERON 01 45 21 79 29  
Dr N. EBSTEIN 01 45 21 79 74  
Dr S. KEDDACHE 01 45 21 79 76  
Dr S. SOLINAS 01 45 21 25 33

HOSPITALISATION : 5ème étage  
ACCUEIL 01 45 21 79 79  
INFIRMIERE COORD. 01 45 21 21 21  
Poste 24 983  
UNITE DE SOINS INTENSIFS : 3ème étage  
SECRÉTARIAT 01 45 21 79 74  
HÔPITAL DE JOUR : 3ème étage  
ACCUEIL 01 45 21 79 60  
Dr B. BALIS 01 45 21 79 74  
Dr A. BOUCLY 01 45 21 79 29  
Dr COLAS DES FRANCS 01 45 21 79 74  
Dr A. HUERTAS 01 45 21 79 29  
Dr F. PARENT 01 45 21 78 75  
Dr M. PREDA 01 45 21 79 29  
Dr C. SATTLER 01 45 21 36 63  
EXPLORATIONS  
FONCTIONNELLES : 5ème étage  
Dr A. BEURNIER 01 45 21 36 63  
Dr C. MALKA-RUIMY 01 45 21 36 63  
ENDOSCOPES BRONCHIQUES  
TROUBLES RESPIRATOIRES DU  
SOMMEIL  
Dr A. BELGUENDOUZ 01 45 21 36 61  
HEMODYNAMIQUE  
Dr S. DOLIDON  
ALLERGLOGIE  
ECOLE DE L'ASTHME  
Dr J-M. NGUYEN QUANG 01 45 21 36 63  
Cadre paramédical  
S. DE PASQUALE-LE QUAN 01 45 21 36 63  
Cadre administratif  
S. BLUA 01 49 09 54 71  
Cadres de santé  
B. CROUZERY 01 45 21 79 07  
R. VERNOT 01 45 21 79 05  
Assistante Sociale  
L. JOSEPH 01 45 21 79 57  
Attachés Recherche Clin. 01 45 21 78 92  
Registre HTAP 01 45 21 63 60  
Infirmières d'Éducation Thérapeutique  
H. COULON 06 19 20 11 61  
M. DROUET 01 45 21 79 28  
Psychologue  
Y. STORCH 01 45 21 78 92



HOPITAL BICETRE  
Service de Pneumologie  
Dr Océane NAUDON  
RPPS 810101476215  
78, rue du Général Leclerc  
94275 LE KREMLIN BICETRE Cedex  
Secrétariat : 01 45 21 78 76  
Fax 01 45 21 79 71

20 comprimés pelliculés

**Selexid<sup>®</sup>**

**200 mg**

Chlorhydrate de pivmécillinam

**karo<sup>®</sup>**pharma