

# 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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 072739

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6071 Société : schait

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☒ Autre :

Nom & Prénom : ALA OUI MOHAMED

Date de naissance : 31-12-1942

Adresse : BOUZKOURA - GOLF CITY Ville Verte int. 81-A

Tél. : 0608016655 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ALA OUI mohamed 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 : 6/10/2022

Signature de l'adhérent(e) : .....

## 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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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

### 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

Prise de sang  
prix d'urine      25,27  
7,45

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien      Date des Soins      Nombre      Montant détaillé des Honoraires

A M      P C      I M      I V

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

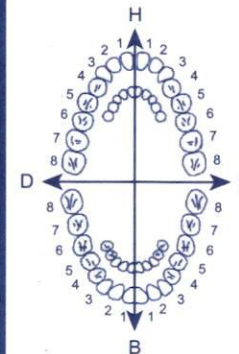
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D G  
00000000 00000000  
35533411 11433553  
B

(Création, remont, adjonction)

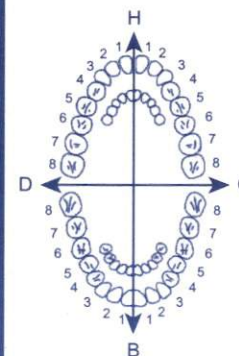
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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



**Hôpital  
Bicêtre  
AP-HP**

**Service d'Urologie**  
Secteur Vert – Bâtiment Paul Broca  
6<sup>ème</sup> étage

78 rue du Général Léclerc  
94275 KREMLIN BICETRE Cedex  
Standard : 33 (0)1 45 21 21 21  
FINESS 940100043



**ORDONNANCE D'EXAMEN BIOLOGIQUE (EN VILLE)**

**BILAN PRE-OPERATOIRE**

ADL 30

Professeur Thomas BESSEDE

Professeur des Universités - Praticien  
Hospitalier

Adhérent OPTAM-CO

Secrétaire site Bicêtre  
& prise de RDV :

Mme DUVAL

01-45-21-36-94

[aurelie.duval@aphp.fr](mailto:aurelie.duval@aphp.fr)

en cas d'absence :

- 01-45-21-36-82 [severine.albice@aphp.fr](mailto:severine.albice@aphp.fr)
- 01-45-21-37-01 [marjorie.henaut@aphp.fr](mailto:marjorie.henaut@aphp.fr)
- 01-45-21-37-71 [laurence.potet@aphp.fr](mailto:laurence.potet@aphp.fr)

Fax Secrétariat médical  
01-45-21-21-70

**CONSULTATION (Rez de Chaussée)**

Prise de RDV : 01.45.21.75.75  
[bcrv.consultation.bct@aphp.fr](mailto:bcrv.consultation.bct@aphp.fr)

Infirmières : 01.45.21.24.24  
[ide.cauro@aphp.fr](mailto:ide.cauro@aphp.fr)

**HOSPITALISATION (6<sup>ème</sup> étage)**

Tel : 01.45.21.36.74  
Fax : 01.45.21.20.47  
[ide-uro.bct@aphp.fr](mailto:ide-uro.bct@aphp.fr)

Internes (seulement si urgence) :  
01.45.21.36.79  
[internes.uro.bct@aphp.fr](mailto:internes.uro.bct@aphp.fr)

Secrétaire site Gustave Roussy :

**GUSTAVE/  
ROUSSY**  
CANCER CAMPUS  
GRAND PARIS

Mme Lévêque  
01-42-11-62-22  
[melanie.leveque@gustaveroussy.fr](mailto:melanie.leveque@gustaveroussy.fr)

Identification du prescripteur  
(nom, prénom et identifiant)

Professeur THOMAS BESSEDE

N° RPPS



10100171288



IPP : 8001568427 6  
ALAOU  
MOHAMMED  
Nom de naissance : ALAOU  
Né(e) le : 31/12/1942  
NNA : 1000028243 Entré(e) le : 20/11/2012  
Sexe : M

Prise de sang (à faire 5 à 7 jours avant la consultation d'anesthésie) :

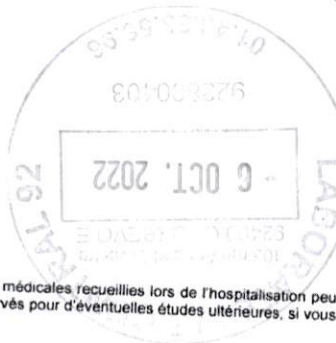
- NFS, Plaquettes
- Ionogramme, Urée, Créatininémie
- Groupe, Rh RAI
- TP, TCA

→ résultats à amener en consultation d'anesthésie

L'hospitalisation aura lieu dans le service d'Urologie du bâtiment  
BROCA (Porte 1, Secteur VERT) la veille de l'intervention à 15 heures  
(y compris le dimanche si l'intervention est prévue le lundi)

Le Kremlin-Bicêtre,  
Le 12 septembre 2022,

Professeur Thomas BESSEDE  
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier  
N° RPPS 10100171288  
CH APHP – Université Paris Saclay  
Site Bicêtre – Service d'Urologie  
Secrétariat : 01 45 21 36 94  
Fax 01 45 21 21 70



En accord avec la réglementation, les informations médicales recueillies lors de l'hospitalisation peuvent faire l'objet d'un recueil informatisé. Certains prélèvements nécessaires pour les analyses, pourront être conservés pour d'éventuelles études ultérieures, si vous n'y êtes pas favorable, pourriez vous nous le faire savoir.



Dr OLIVIER SYRIEX  
LBM CENTRAL 92  
Identification 920028032

Feuille de soin N°

**Mr Mohammed ALAOU**  
**199 RUE JB CHARCOT**

**92400 COURBEVOIE**

Réf. du dossier :  
C20221006023

COURBEVOIE, le Jeudi 06 Octobre 2022

### **QUITTANCE D'HONORAIRES**

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Nous vous adressons le justificatif de paiement de vos honoraires (tiers payant) à présenter à la caisse pour votre remboursement.

Dossier

Demande N° C20221006023  
Date de l'examen : 06/10/2022

N° SS de l'assuré(e) : 142129938041289  
Né(e) le : 31/12/1942

#### **Récapitulatif quittance d'honoraire :**

Total	Patient	Sécurité Sociale	Mutuelle
60.19	25.27	34.92	0.00

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

