

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6071

Société : achâîte

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ALA OUI

MOHAMED

Date de naissance : 31.12.1942

Adresse : BOUZKOURA - GOLF CITY ville verte n° 81-A

Tél. : 0608016655

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ALAOUI 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) :

ALA

HAKANI

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
6 OCT. 2022		Prix de vente prix d'usine	25,27 7,43

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with numbered teeth (1 through 8) arranged in four quadrants. The quadrants are labeled: D (Upper Left), G (Upper Right), H (Lower Left), and B (Lower Right). The teeth are represented by small circles with numbers indicating their position. The arch is oriented with the upper arch pointing upwards and the lower arch downwards.

[Création, remont, adjonction]

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^{ème} étage**

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



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

en cas d'absence :

- 01-45-21-36-82 severine.albice@aphp.fr
- 01-45-21-37-01 majorie.henault@aphp.fr
- 01-45-21-37-71 laurence.poirier@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
Infirmières : 01.45.21.24.24
jde.csuro@aphp.fr

HOSPITALISATION (6^{ème} étage)
Tel : 01.45.21.36.74
Fax : 01.45.21.20.47
ide-uro.bct@aphp.fr
Internes (seulement si urgence) :
01.45.21.36.79
internes.uro.bct@aphp.fr

Secrétaire site Gustave Roussy :

**GUSTAVE/
ROUSSY**
CANCER CAMPUS
GRAND PARIS
Mme Léveque
01-42-11-62-22
melanie.leveque@gustaveroussy.fr

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.

Identification du prescripteur
(nom, prénom et identifiant)

Professeur THOMAS BESSEDE

N° RPPS



10100171288

IPP : 8001568427 6
ALAoui
MOHAMMED
Nom de naissance : ALAOUI
Né(e) le : 31/12/1942
N^o 1000028243 Entré(e) le : 20/11/2012
Sexe : M

ORDONNANCE D'EXAMEN BIOLOGIQUE (EN VILLE)

BILAN PRE-OPERATOIRE

ADL 30

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
CHAPFI UNIVERSITÉ Paris Saclay
Site Bicêtre – Service d'Urologie
Secrétariat : 01 45 21 36 94
Fax 01 45 21 21 70



Dr OLIVIER SYRIEX
LBM CENTRAL 92
Identification 920028032

Feuille de soin N°

**Mr Mohammed ALAOUI
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.

