

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

- Reclamation : 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 071818

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6071 Société : retraité
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ALAOUI Mohamed
Date de naissance : 31-12-1942
Adresse : BOULEVARD GOLF city ville verte incl 814 CASN
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 : CASN Le : 13 / 10 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

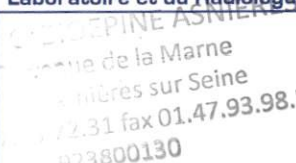
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	13/12/21	Médiane CBU 9050 0592 5201 9914 9005 9105 9106	14,42 €

AUXILIAIRES MEDICAUX

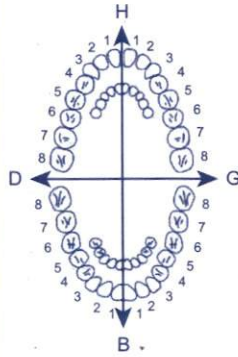
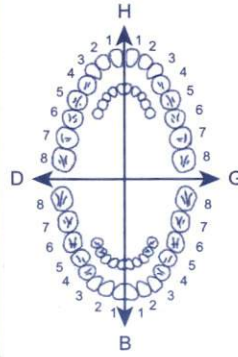
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, 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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
				DATE DU DEVIS <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

Dr OLIVIER SYRIEX
LBM CENTRAL 92
Identification 920028032

Feuille de soin N°

Mr Mohammed ALAOUI
199 RUE JB CHARCOT

92400 COURBEVOIE

Réf. du dossier :
C20221006121

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° C20221006121
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
18.63	7.45	11.18	0.00

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





**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



ORDONNANCE D'EXAMEN BIOLOGIQUE (EN VILLE)

Professeur Thomas BESSEDE

Professeur des Universités - Praticien
Hospitalier

Adhérent OPTAM-CO

BILAN PRE-OPERATOIRE

ADL 30

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 Sexe: M
Entrée le: 20/11/2012

Secrétaire site Bicêtre
& prise de RDV :

Mme DUVAL

01-45-21-36-94

aurelie.duval@aphp.fr

Analyse d'urines (à faire **10 jours avant l'intervention**) :

- ECBU pour contrôle pré-opératoire de la stérilité des urines
(Faire l'antibiogramme d'éventuelles souches à faible inoculum)

en cas d'absence :

- 01-45-21-36-82 severine.albice@aphp.fr
- 01-45-21-37-01 marjorie.henaut@aphp.fr
- 01-45-21-37-71 laurence.potez@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
ide.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

→ IMPORTANT :

(Un ECBU positif non traité risque de faire reporter l'intervention)

*Le résultat est à montrer au médecin traitant afin de prescrire une
antibiothérapie adaptée (s'il existe un germe urinaire) à prendre à
partir du matin de la veille de l'intervention.*

*(En cas de fièvre avec ECBU positif, les antibiotiques sont à débiter
dès résultat de l'ECBU. Il doit être refait après 48h de traitement)*

*Si le médecin traitant ne peut pas être contacté, faxer le résultat au 01-45-21-21-70
avec la mention :*

"Urgent, examen pré-opératoire, à l'attention du Dr Bessede"

Merci d'apporter le résultat de l'ECBU le jour de l'hospitalisation

Le Kremlin-Bicêtre,
Le 12 septembre 2022,

Secrétaire site Gustave Roussy :

**GUSTAVE/
ROUSSY**
CANCER CAMPUS
GRAND PARIS

Mme Lévêque
01-42-11-62-22

melanie.leveque@gustaveroussy.fr

Professeur Thomas BESSEDE
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
N° RPPS 10100171288
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.