

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.

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° P19-0005879

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 719 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ESSALIME Ahmed Date de naissance : 01-01-48
Adresse : 107 Gt LINA Sidi MARROUF CASABLANCA
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

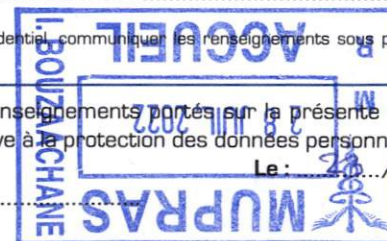
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Docteur Athina MARANTIDOU**
NEUROLOGUE
11 bis rue Eugène Varlin - 75010 Paris
Tél. : 01 48 74 03 25
AM 75 1 007378 - RPPS 10100344836
Date de consultation : 23/06/2022
Nom et prénom du malade : LAKHDAR Souda Age : 6.2 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Canal Carpien - EMI
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 : Paris Le : 28/6/22
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
23/06/2022	ENG		150 €	Docteur Athina MARANTIDOU NEUROLOGUE 11 bis rue Eugène Varlin - 75010 Paris Tél. : 01 48 74 03 25 AM 75 1 007378 - RPPS 10100344836

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

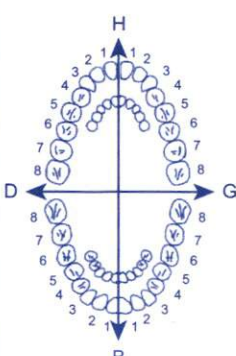
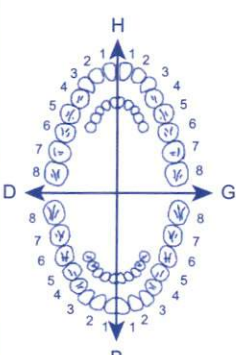
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

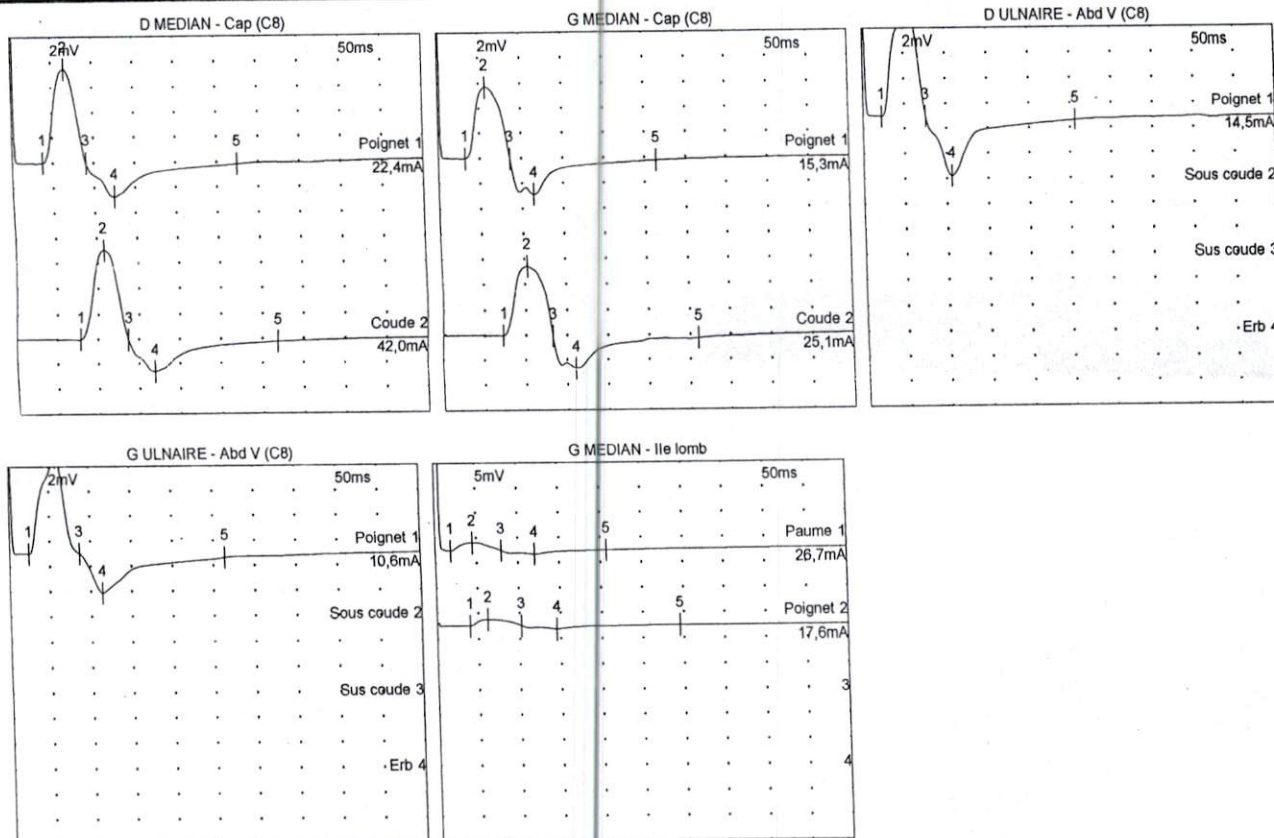
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				Coefficient DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

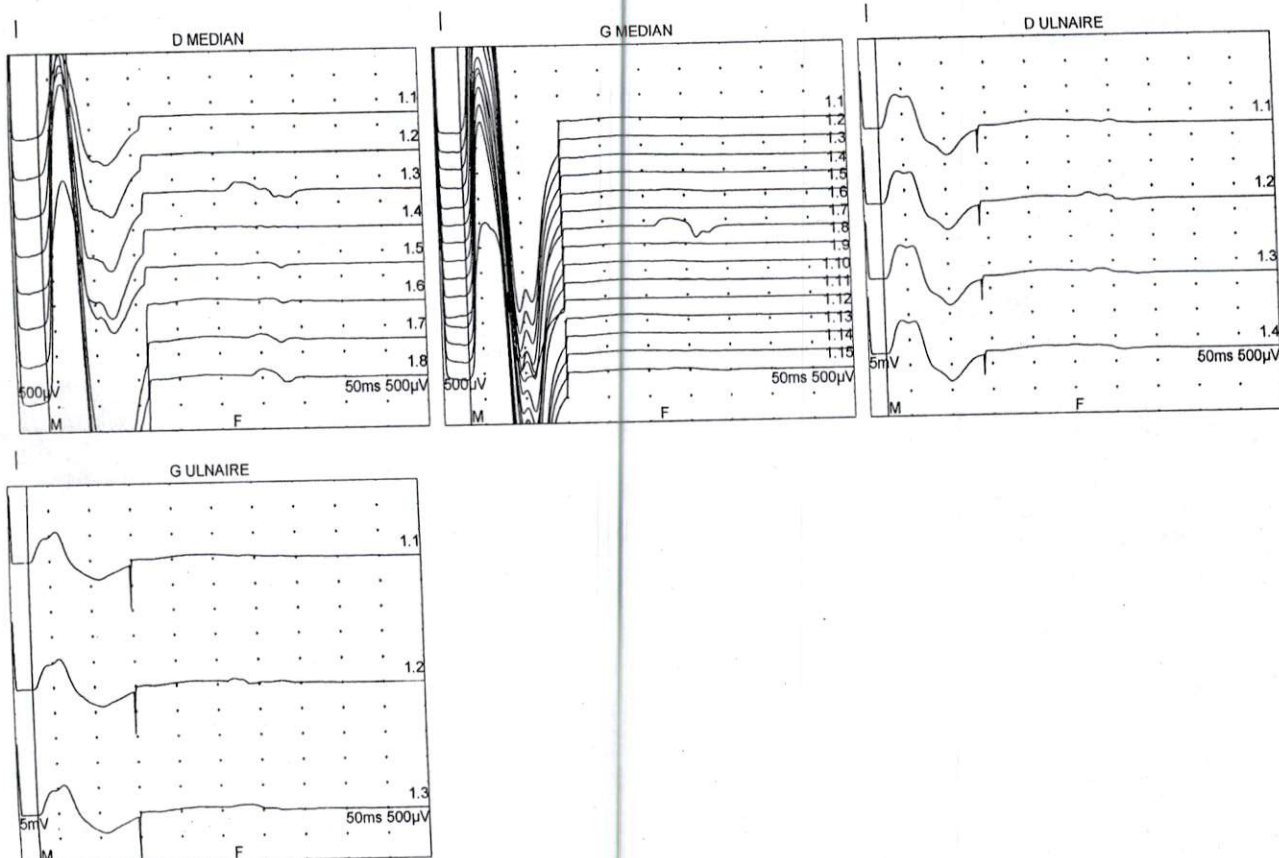
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VCM

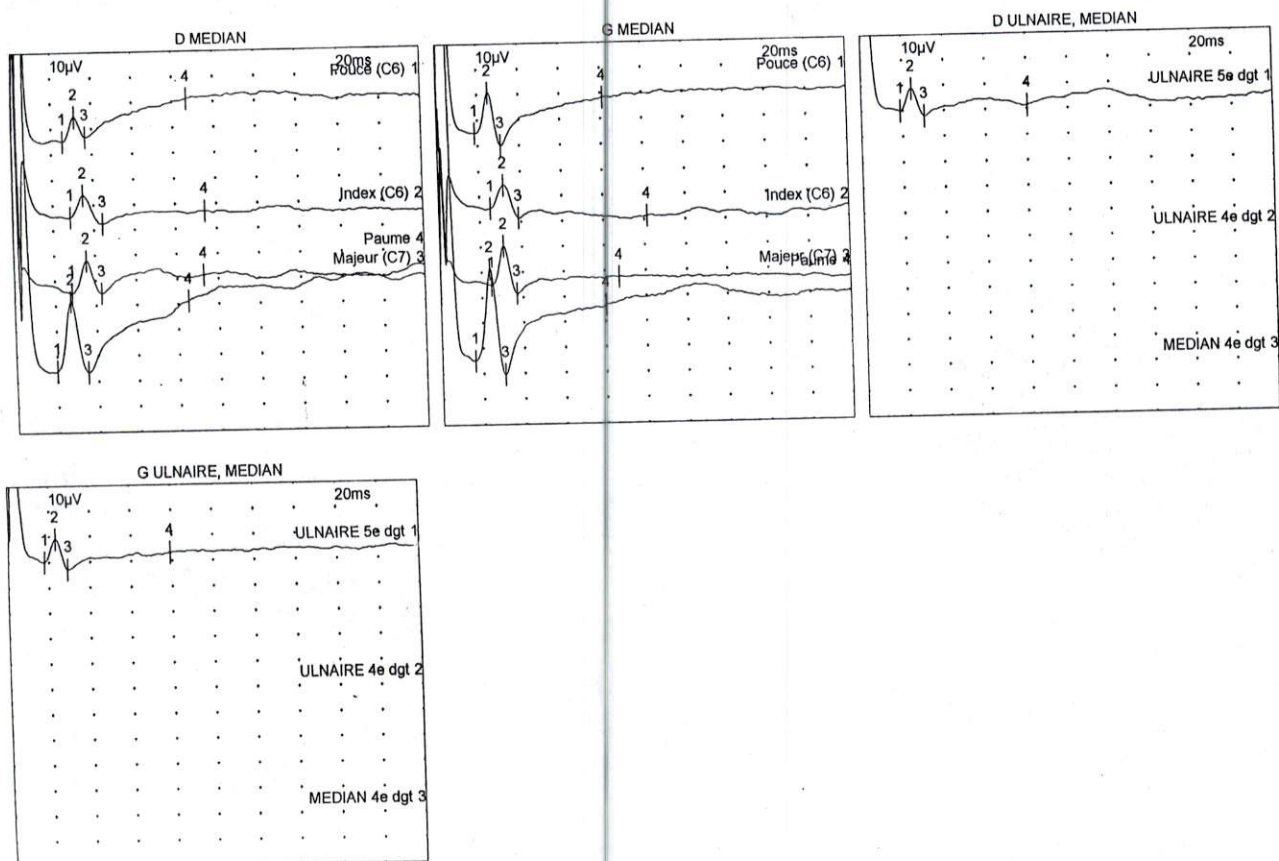
Nerf / Sites	Lat. ms	Amp mV	Surface mVms	Vit. m/s	Amp. %	Surface %
D MEDIAN - Cap (C8)						
Poignet	3,7	7,5	21,9		100	100
Coude	7,8	7,0	22,7	54,1	94,2	103
G MEDIAN - Cap (C8)						
Poignet	3,2	5,7	19,0		100	100
Coude	7,3	5,4	21,1	56,2	95,2	111
D ULNAIRE - Abd V (C8)						
Poignet	2,3	8,1	26,4		100	100
G ULNAIRE - Abd V (C8)						
Poignet	2,4	7,8	23,9		100	100
G MEDIAN - Ile lomb intracanalair						
Paume	1,9	1,7	6,4		100	100
Poignet	4,0	1,3	5,3	35,0	75,6	83

**Onde F**

Nerf	M ms	F ms	F-M ms
D MEDIAN	3,70	26,15	22,45
G MEDIAN	3,18	26,09	22,92
D ULNAIRE	2,14	24,74	22,60
G ULNAIRE	2,34	26,15	23,80

**VCS**

Nerf / Sites	Lat. ms	Amp. µV	Vit. m/s	Dist. cm	Stim.	Site enrg
D MEDIAN						
Pouce (C6)	2,6	9,6			10,6mA	Poignet
Index (C6)	2,9	8,7	42,0	12	13,3mA	
Majeur (C7)	2,8	12,9	42,4	12	13,7mA	
Paume	2,0	27,6	40,0	8	13,7mA	
G MEDIAN						
Pouce (C6)	1,9	15,8			10,6mA	Poignet
Index (C6)	2,5	9,1	46,8	11,8	12,9mA	
Majeur (C7)	2,5	15,4	47,6	11,8	12,9mA	
Paume	1,6	36,4	49,9	8	12,9mA	
D ULNAIRE,						
ULNAIRE 5e dgt	1,9	8,8	51,7	9,8	14,5mA	Poignet
G ULNAIRE,						
ULNAIRE 5e dgt	1,8	9,1	53,6	9,5	13,3mA	Poignet



Dr Athina Marantidou (El)

NEUROLOGUE
11 Bis Rue Eugène Varlin
75010 Paris
Tél: 01 48 74 03 25
neuro.marantidou@gmail.com

N° AM :



751007378

N° RPPS :



10100344836

Le 23 juin 2022

Mme Saida ESSALIME
Né(e) le 30/08/1955

échographie poignet

chez patiente qui présente des douleurs du poignet D localisées, depuis 2 ans suite à une chute et appui sur les mains.

pas de paresthésies mais à l'EMG on retrouve un canal carpien D et G sensitifs
recherche tendinite, kyste ou autre lésion et signes de canal carpien

Docteur Athina MARANTIDOU
NEUROLOGUE
11 bis rue Eugène Varlin - 75010 Paris
Tél. : 01 48 74 03 25
AM 75 1 007378 - RPPS 10100344836

Membre d'une association de gestion agréée. Le règlement des honoraires par carte bancaire est accepté. En cas d'urgence, contacter le 15.

Dr MARANTIDOU Athina

11 Bis rue Eugène Varlin

75010 PARIS

Tél: 01.48.74.03.25

ELECTRONEUROMYOGRAMME

Patient: ESSAMINE, Saida

Date de naissance: 30/08/1955

Sexe: Féminin

Motif de l'examen: Depuis 2 ans suite à une chute de sa hauteur et appui sur les mains, apparitions des douleurs de la main G au poignet, très localisées, s'accroissant avec les efforts.

Un EMG de sept 2021 retrouve des canaux carpiens droite et gauche avec VCS 37,5 m/sec. Contrôle ce jour car absence de paresthésies

Conclusion:

- Latences distales motrices : allongée au médian D
- Amplitudes distales motrices : discrètement diminuées au médian G
- Vitesses de conduction motrice : diminuées en intracanaulaire à 35 m/sec à G
- Ondes F : normales
- Amplitudes sensitives : normales
- Vitesses de conduction sensitives : diminuées aux médians, à 47 m/sec à droite et à 42 m/sec à gauche.
- EMG à l'aiguille non effectué ce jour car absence de résultat complémentaire attendu

Au total

Confirmation des résultats de l'EMG de sept 2021, les chiffres sont comparables.

Il existe un canal carpien droite et gauche, sensitifs surtout, prédominant modérément à D. Toutefois la patiente n'a pas de paresthésies, mais se plaint des douleurs très localisées qui sont très probablement d'origine tendineuse ou articulaire. Je prescris une échographie à faire. Si apparition de symptômes paresthésiques, à traiter par attelle et infiltration.

Dr A. MARANTIDOU

Signé via Doctolib le 23/06/2022
Athina MARANTIDOU



Docteur Athina MARANTIDOU
NEUROLOGUE
11 bis rue Eugène Varlin - 75010 Paris
Tél. : 01 48 74 03 25
AM 75 1 007378 - RPPS 10100344836

N° 12541*02

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale
Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

date J J M M A A A A

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT LES SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom **ESSALINE Saïda**
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))
numéro d'immatriculation

date de naissance J J M M A A A A

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le médecin)

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))
numéro d'immatriculation

ADRESSE DE L'ASSURE(E)

IDENTIFICATION DU MEDECIN

DOCTEUR MARANTIDOU ATHINA

32 NEUROLOGIE

CONVENTIONNE HONO. LIBRES

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

11 BIS RUE EUGENE VARLIN

75010 PARIS

MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

=> 75 1 00737 8 00 3 31 0 32 n°AM

identifiant

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

☒ MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)acte conforme au protocole ALD ☐ action de prévention ☐ autre ☐accident causé par un tiers : non ☐ oui ☐ date J J M M A A A A☐ MATERNITE date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement J J M M A A A A☐ AT/MP numéro ou date J J M M A A A Asi vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case ☐

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous

nom et prénom du médecin :

(s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)

accès direct spécifique ☒ urgence ☐ hors résidence habituelle ☐ médecin traitant remplacé ☐ accès hors coordination ☐

ACTES EFFECTUES

(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : J J M M A A A A)

dates des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés ①	dépass.	frais de déplacement		
							I.D. ②	I.K.	
							M.D.	nbre	montant ③
23/06/2022	ANAB032				150,00				
23/06/2022	PAV								
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)

150,00

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire ☐l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire ☐signature du médecin
ayant effectué
l'acte ou les actesDocteur Athina MARANTIDOU
NEUROLOGUE
11 bis rue Eugène Varlin - 75010 Paris
Tél : 01 48 74 03 25
AM 75 1 00737 8 - RPPS 10100344836signature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer ☐

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale).

Les informations figurant sur cette feuille de soins, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle.

En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

quelques conseils pour remplir votre feuille de soins

Le bon remplissage de votre feuille de soins est la garantie de votre remboursement par l'assurance maladie.

La première information à donner concerne la **personne recevant les soins et l'assuré(e)** :

- **Si vous ne payez pas votre médecin**, celui-ci remplit l'ensemble de cette rubrique, sur présentation de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne, y compris le code de l'organisme de rattachement.
 - **Si vous payez votre médecin**, celui-ci indique uniquement vos nom et prénom, selon vos indications, ou en reprenant les informations contenues dans votre carte Vitale ou sur l'attestation papier qui l'accompagne.
- Les autres lignes de cette rubrique sont à compléter par vous même (le code de l'organisme de rattachement ne doit pas être indiqué dans ce cas) :

- si vous êtes la **personne recevant les soins** et aussi l'**assuré(e)**, inscrivez seulement :
 - votre **numéro d'immatriculation** (il est indiqué sur votre carte Vitale et sur l'attestation papier qui l'accompagne),
- si vous êtes la **personne recevant les soins** mais pas l'**assuré(e)**, écrivez :
 - votre **numéro d'immatriculation**,
 - ou (si celui-ci ne vous a pas été communiqué),
 - votre **date de naissance**,
 - le **nom et le prénom de l'assuré(e) auquel (à laquelle) vous êtes rattaché(e)** et son **numéro d'immatriculation**,
- complétez enfin cette rubrique en indiquant l'adresse de l'assuré(e).

Toutes les autres rubriques de la feuille de soins sont à remplir par votre médecin, y compris le numéro de facture qui est une zone facultative destinée à son usage.

- Si l'acte qu'il effectue est en rapport avec l'affection de longue durée (ALD), il doit le préciser dans la case prévue à cet effet.
- Si vos soins sont dispensés au titre de l'article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, il doit le préciser dans la case prévue à cet effet.
- Si vos soins sont liés à un accident causé par une personne autre que vous-même, précisez-le lui ainsi que la date de cet accident. Ces renseignements, recueillis sous votre responsabilité, doivent **obligatoirement** figurer sur la feuille de soins car ils permettent à l'assurance maladie de récupérer les frais relatifs à votre accident auprès de l'assureur de la personne ayant causé cet accident.
- Si vos soins sont liés à un accident du travail, ou à une maladie professionnelle, présentez à votre médecin la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle qui vous a été remise par votre employeur ou par votre organisme d'assurance maladie.
- Si le médecin qui remplit la feuille de soins est votre nouveau médecin traitant, il doit cocher la case prévue à cet effet. Dans ce cas, n'oubliez pas d'envoyer à votre caisse d'assurance maladie la nouvelle déclaration de choix du médecin traitant.
- Si le médecin qui remplit la feuille de soins n'est pas le médecin traitant que vous avez déclaré, il doit indiquer si l'acte est réalisé à la demande de celui-ci. Dans ce cas, il reporte sur la feuille de soins le nom et le prénom de votre médecin traitant. Si votre état de santé nécessite l'intervention de plusieurs médecins, ces informations doivent également être reportées sur la feuille de soins par ces médecins.

Dans la négative, le médecin doit cocher l'une des cases permettant de préciser si les soins sont réalisés :

- par un médecin exerçant une spécialité à accès direct (gynécologie, ophtalmologie, psychiatrie) ou par un médecin exerçant dans une consultation hospitalière de tabacologie, d'alcoologie ou de lutte contre les toxicomanies (art. D 162-1-6, 6° du Code de la sécurité sociale),
- en urgence,
- hors de votre résidence habituelle (par exemple lorsque vous êtes en congé),
- par un médecin remplaçant votre médecin traitant en son absence,
- en accès libre non coordonné, c'est-à-dire lorsque vous consultez directement un médecin qui n'est pas votre médecin traitant

Recommandations importantes :

Prévenez votre organisme d'assurance maladie à l'occasion d'un changement intervenant dans votre situation, comme, par exemple, en cas de :

- **changement de compte** bancaire, postal ou de caisse d'épargne : envoyez-lui votre nouveau relevé d'identité de compte,
- **changement d'organisme** d'assurance maladie : prenez contact avec votre nouvel organisme d'assurance maladie pour le transfert de votre dossier afin de ne pas retarder le remboursement de vos soins et prestations. Votre ancien organisme d'assurance maladie peut vous aider dans cette démarche.
- **Si le médecin a coché la case "SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1", la feuille de soins doit être adressée à l'organisme gestionnaire mentionné sur votre attestation de pensionné(e).**

N'oubliez pas de signer votre feuille de soins.

