

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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

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° P19-0015219

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7288 Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL HAIDOUNI Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066.117.85.34 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Nom et prénom du malade : KSO Age : .....

Lien de parenté : *de*

Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : *maladie*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *maladie*

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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-0015219

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 7288

Nom de l'adhérent(e) : EL HAIDOUNI

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

#### **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
01				

## **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	

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **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'ostéodensitométrie.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>		
		H 25533412   21433552 00000000   00000000 D ----- G 00000000   00000000 35533411   11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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



**Docteur Karim RAZZOUK**

Anesthésiste Réanimateur

N° RPPS



1 0004 042 296

N° AM



75 1 71557 4

**Docteur Aurélien JACQUEMOD**

Anesthésiste Réanimateur

N° RPPS



1 0100 807 279

N° AM



75 1 72340 4

**Docteur Ouri ROUCHE**

Anesthésiste Réanimateur

N° RPPS



1 0100 527 125

N° AM



75 1 72607 6

Paris le,

*26/06/18*

Madame, Monsieur,

*Dr HANIS Mory, Secas*

PARACETAMOL

1 GRAMME 4 FOIS PAR JOUR PENDANT ..... JOURS  
en respectant un intervalle de 6h entre chaque prise

LAMALINE

1 A 2 GÉLULES, 4 FOIS PAR JOUR PENDANT 5 JOURS  
en respectant un intervalle de 6h entre chaque prise

KETOPROFENE 100 MG LP

1 COMPRIMÉ MATIN ET SOIR PENDANT ..... JOURS

ESOMÉPRAZOLE 20 MG

1 COMPRIMÉ PAR JOUR PENDANT ..... JOURS

NEFOPAM 20 MG

à prendre sur un sucre

1 AMPOULE SI DOULEURS PENDANT ..... JOURS

A RENOUVELER JUSQU'A 6 PAR JOUR

en respectant un intervalle de 4h entre chaque prise

TRAMADOL LP 100 MG

1 COMPRIMÉ MATIN ET SOIR PENDANT ..... JOURS

TRAMADOL 50 MG

1 COMPRIMÉ 4 FOIS PAR JOUR PENDANT ..... JOURS

SI DOULEURS

en respectant un intervalle de 6h entre chaque prise

METOCLOPRAMIDE 10 MG

1 COMPRIMÉ SI NAUSÉES PENDANT ..... JOURS

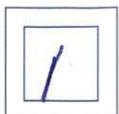
A RENOUVELER JUSQU'A 3 PAR JOUR

en respectant un intervalle de 6h entre chaque prise

Institut Français de Chirurgie de la Main • 5 rue du Dôme 75116 Paris

Tél. : 01 53 65 53 53 Fax : 01 53 65 53 54

Email : krazzouk@ifcm.org - jacquemod.aurelien@gmail.com - dr.rouche@gmail.com



000 req.0 FIVA No.190008604

02/07/2019, ord. 02/07/2019,

EL HAID MOUNSI

Total: 7,29EUR

3x2,43EUR 7 34009 3515495 8 LAMALINE GELU BT16 (79274)

PHARMACIE DU DOME

TEL : 01.47.27.14.86

752032540 OP : 2



01 53 65 53 53

CR  
Institut Français de Chirurgie de la Main  
[www.institut-main.fr](http://www.institut-main.fr) Chirurgie de l'épaule, du coude et du poignet - Chirurgie du rhumatisme - Microchirurgie  
Chirurgie des nerfs - Médecine du sport - Urgences (adultes / enfants)

COMTE RENDU OPERATOIRE DU Mardi 2 Juillet 2019

Nom et Prénom du Patient : Monsieur Mounji EL HAID

Date de Naissance : 3 Juin 1967

Opérateur : Docteur Katja MALZE

Anesthésiste : Docteur Karim RAZZOUK

Code CCAM : AHPC001

Diagnostic : Patient âgé de 52 ans présentant un syndrome du canal carpien droit.

NEUROLYSE DU NERF MEDIAN AU CANAL CARPIEN SOUS ENDOSCOPIE

Intervention :

Antibiothéprophylaxie selon protocole du CLIN local

Check list validée et remplie

Sous anesthésie locorégionale

Décubitus dorsal

Garrot pneumatique

Courte voie d'abord dans le pli de flexion du poignet

Passage de la bougie

Passage de l'endoscope

Section du ligament annulaire du carpe

On contrôle que la section est complète

Fermeture par points séparés d'Ethylon 5.0

SPO : Pansement

Ablation des fils au 15ème jour

Pas d'évènement indésirable, pas de transfusion, pas de prélèvement bactériologique

DR KATJA MALZE  
04 CHIRURGIEN  
5 RUE DU DOME  
75116 PARIS  
TEL. : 01 53 65 53 53  
75 1 93947 10 3310  
conventionné DP

Constantin SOKOLOW Stéphane ROMANO Patrick HOUVET Stéphane GUERO Frédérique MAZODIER  
Victor KATZ Alain ISERIN Aurore DEBET-MEJEAN Katja MALZE Marc JUVENSPAN

Page: 1

Facture		
Numéro de facture	Date	Code client
190008604	02/07/2019	

/52032540

PHARMACIE DU DOME  
 A et C. BLAIZOT  
 33, Rue Lauriston  
 75116 PARIS  
 FRANCE  
 tél : 01.47.27.14.86  
 Fax : 01.55.73.04.43  
 E-Mail :

EL HAID MOUNJI  
 19 RUE BRIDEL  
 75017 PARIS 17

SIRET : APE :  
 TVA Intracommunautaire :

Mode de règlement : Carte Bancaire  
 Echéance : 01/08/2019

Code13Réf	Désignation	Qté	IHF U Brut	%Rem	IHF U Net	Mt HF Net	%TVA
34009 3515495	BILAMALINE GELU BT16	1	31	2,38001	0,001	2,38001	/.14 2,11

Quantité totale des produits : 3

Taux TVA	Hf Brut	%Rem	Remise	Hf Net	TVA		
2,1%	/.14	0,00%	0,00	/.14	0,13	Total Net Hf	/.14 EUR
						TVA	0,13 EUR
						Montant TTC	/.29 EUR
<b>Total</b>	<b>/.14</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00</b>	<b>/.14</b>	<b>0,13</b>		

Pharmacie acceptant le règlement des sommes dues par chèque, libellé à son nom en sa qualité de membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale.  
 En cas de non paiement à la date d'échéance indiquée, l'acheteur sera de plein droit redevable de l'application d'un intérêt de retard calculé sur l'intégralité des sommes restant dues, intérêt d'un montant égal à deux fois le taux d'intérêt légal, montant auquel viendra s'ajouter une indemnité forfaitaire de recouvrement de 40 euros.



# Institut Français de Chirurgie de la Main

Chirurgie de l'épaule, du coude et du poignet - Chirurgie du rhumatisme - Microchirurgie  
Chirurgie des nerfs - Médecine du sport - Urgences (adultes / enfants)

## Docteur Katja MALZE

Chirurgie de la main, Microchirurgie

Ancien interne des hôpitaux de Munich

Ancien Chef de Clinique, Assistant des hôpitaux de Munich

Membre de la Deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft  
für Handchirurgie (DAH)

Membre de la Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie (DGH)

## Devis pour M. EL HAID Mounji (03.06.1967)

### AMBULATOIRE POUR CANAL CARPIEN DE LA MAIN DROITE AHPC 001

Frais bloc opératoire + (GHS)	800 €	X
-------------------------------	-------	---

Honoraires Docteur Katja MALZE	800 €
--------------------------------	-------

Honoraires anesthésiste	400 €
-------------------------	-------

**NET A PAYER :** **2 000 €**

1\* Le devis peut-être modifié en fonction de la durée de l'hospitalisation et des examens demandés.

2\* Les honoraires du chirurgien et de l'anesthésiste ne peuvent être perçus que par chèques compensables en France ou en espèces.

3\* Le règlement de la Clinique peut s'effectuer par carte bancaire.



## **INSTITUT FRANÇAIS DE CHIRURGIE DE LA MAIN**

*Chirurgie de l'épaule, du coude et du poignet – Chirurgie du rhumatisme – Microchirurgie  
Chirurgie des nerfs – Médecine du sport – Urgences (adultes/enfants)*

**Docteur Aurélien JACQUEMOD**

75 1 72340 4

**Le Docteur Aurélien JACQUEMOD (identification 75 1 722340 4)**

Présente à M./Me Elhadj Manji

selon l'usage, sa note d'honoraires pour l'intervention du 02/07/2019  
qui s'élève à 400€ (TVA non applicable-Article 261 du CGI)

et correspond à un dépassement d'honoraires (prévu par la convention  
du 1er juillet 1980 pour les spécialistes en secteur 2).

Code CCAM : AHPC001  
selon la nouvelle nomenclature de la Sécurité Sociale.

Le montant de ces honoraires peut vous être remboursé en partie ou en totalité par votre mutuelle, si  
conditions de votre contrat, sur présentation de cette facture.

Pour acquit.

Fait à Paris, le 2 Juillet 2019

**Docteur A. JACQUEMOD**

Conditions de règlement : Facultatif : mention d'escompte  
Obligatoire : mention d'intérêt pour paiement tardif

**Membre d'une Association Agrée, règlement par chèque accepté**

*Constantin SOKOLOW* *Stéphane ROMANO* *Patrick HOUVET* *Stéphane GUERO* *Frédérique MA*

*Vitor KATZ* *Alain ISERIN* *Aurore DEBET-MEJEAN* *Katja MALZE* *Marc JUVENSI*



## INSTITUT FRANÇAIS DE CHIRURGIE DE LA M

*Chirurgie de l'épaule, du coude et du poignet – Chirurgie du rhumatisme – Microchirurgie  
Chirurgie des nerfs – Médecine du sport – Urgences (adultes/ensfants)*

**Docteur Katja MALZE**

Ancien Interné des Hôpitaux de Munich  
Ancien Chef de Clinique , Assistant des Hôpitaux de Munich  
Membre de la Deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Handchirurgie (DAH)  
75 1 93947 1

Le Docteur Katja MALZE (identification 75 1 93947 1)

Présente à M. Elhadj Moussa .....

selon l'usage, sa note d'honoraires pour l'intervention du 02/01/2014 .....

qui s'élève à 800 € .....(TVA non applicable-Article 261 du CG)

et correspond à un dépassement d'honoraires (prévu par la convention  
du 1er juillet 1980 pour les spécialistes en secteur 2).

Code CCAM AHPC.007.....  
selon la nouvelle nomenclature de la Sécurité Sociale.

Le montant de ces honoraires peut vous être remboursé en partie ou en totalité par votre mutuelle  
conditions de votre contrat, sur présentation de cette facture.

Pour acquit.

Fait à Paris, le

1er fevrier 2019

Docteur K. MALZE

Conditions de règlement : Facultatif : mention d'escompte  
Obligatoire : mention d'intérêt pour paiement tardif

Membre d'une Association Agrée, règlement par chèque accepté

**Clinique Chirurgicale Victor Hugo**5 Bis rue du Dôme  
75016 PARISTel. 01.53.65.53.65  
Fax 01.53.65.53.47      Finess 75 0 30074 1  
Siret 484 917 067 00023

Tél. destinataire : 00212661172534

**Facture n°P19005276**

Le 02 juil. 2019

**M. EL HAID Mounji**  
19 rue bridaine

75017 PARIS

Date	Libellé / Praticien	Lclé	Coef	Tarif TTC	PU Net TTC	TVA	Part patient TTC
	Dossier 1905462 du 02/07/19 (HHC) Dr MALZE KATJA Patient EL HAID Mounji né le 03/06/1967 (1) (01021762) Assuré EL HAID Mounji						
02/07/19	Préfaction P19005276 du 02/07/19 (HC)						
	Forfait bloc NA hospitalisation	FBL	1	800,00	800,00		800,00
	<b>Total facture P19005276</b>						<b>800,00</b>

**TVA :**

- Aucune TVA

**Total TVA**

	<b>Montant à charge</b> <b>Somme perçue</b>	800,00 0,00
	<b>Reste à payer</b>	800,00

pour tout renseignement le service facturation est joignable de 8h à 14h au 01.53.65.53.69