

## 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.

**MUPRAS** :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge



## Déclaration de Maladie

N° W19-459412

### Maladie

<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <b>HAMAYED - ELMILI RAFIK</b>		Date de naissance : <b>07/08/39</b>
Adresse : <b>11 Rue de la Mer Baltique. Am Dial - Casablanca -</b>		
Tél. : <b>0665315315</b>		Total des frais engagés : <b>200 Euro</b>

### Cadre réservé au Médecin

Service de Médecine Vasculaire	
Cachet du médecin : <b>Pr Emmanuel MESSAS</b>	
Hôpital Européen Georges Pompidou 20, rue Leblanc - 75908 PARIS cedex 15 01 56 09 37 55 / 01 56 09 30 51	
Date de consultation : <b>11/14/2013</b>	fax : 01 56 09 30 65 N° FINESS : 75080335447
Nom et prénom du malade : <b>HAMAYED &amp; Dini Rafik</b> Age : <b>80</b>	
Lien de parenté : <b>Elle-même</b>	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <b>ANOMALIE ANGIOGRAPHIQUE</b>	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>28 OCT. 2013</b>	
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  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.  
Fait à : **09/11/2013** Le : **11/16/13**  
Signature de l'adhérent(e) : **HAMAYED & Dini Rafik**  
de Médecine Vasculaire

**MUPRAS** :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
				INP : <input type="text"/>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
.....						.....	
.....						.....	
.....						.....	
.....						.....	
.....						.....	

## 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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

#### [Création, remont, adjonction]

bonne, thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

20, rue Leblanc  
75908 PARIS Cedex 15

Tél. : 01 56 09 20 00

### Pôle Cardio-Vasculaire

Monsieur HAMAYED EL MILI Rafik

#### **Professeur Emmanuel MESSAS**

*Professeur des Universités  
Cardiologue – FACC, FESC  
Past Research fellow Harvard Medical School  
e-mail : [emmanuel.messas@aphp.fr](mailto:emmanuel.messas@aphp.fr)*

Secrétariat : 01.56.09.37.55  
Fax : 01.56.09.30.65  
e-mail : [audrey.jammes@aphp.fr](mailto:audrey.jammes@aphp.fr)

### NOTE D'HONORAIRES

#### Objet :

- Doppler supra aortic trunk Doppler:

Consultation du 11 octobre 2019

Acte DZQM006 : 200 €

**TOTAL 200,00 €**

Fait à Paris le 11 octobre 2019

#### Bénéficiaire :

Professeur MESSAS

Professeur Emmanuel MESSAS

HÔPITAL EUROPÉEN GEORGES POMPIDOU

Professeur Emmanuel MESSAS

Chief de Service de Médecine Vasculaire

20, rue Leblanc 75908 PARIS Cedex 15

Tél. : 01 56 09 37 55

N° RPPS : 10003744793

