

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-484758

10675

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ ALD

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5467 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : retraité
 Nom & Prénom : HAJJI Arman
 Date de naissance : 9/01/55
 Adresse : Av. El Qods - Riad Al Andalous - Ronda Balneario n°7 Av. Clock Casablanca
 Tél : 06 6114 2446 Total des frais engagés : 96,14 euros

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 8 / 10 / 2019
 Nom et prénom du malade : moi-même Age : 64
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Malaise à Paris (ambulatoire et hospitalier) - Hôpital Ate Salpêtrière
 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 n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Cas Le : 3 / 10 / 2019

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

0000 Réclamation : contact@mupras.com
 0000 Prise en charge : pec@mupras.com
 0000 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La Mutuelle 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.

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
				INP : <input type="text"/>

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

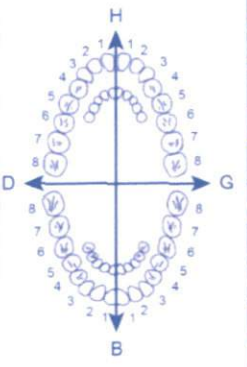
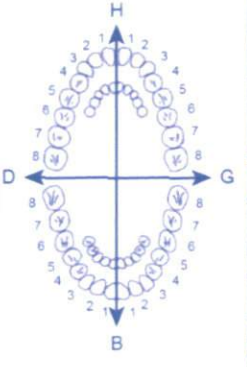
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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																	
	<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 <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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

Détail des soins reçus :

UH	Code spécia- lité	Origine prescr.	Code	Désignation	Date de soins	Quantité / Coef.	Tarif	Total à 100%	Majoration	Taux	A votre charge
745	09		CNR	NON RESIDENT CONS TYPE 5	08.10.19	1,00	69,00	69,00		100,00	69,00
745	09		ATU	ACCUEIL ET TRAITEMENT DES URGENCES	08.10.19	1,00	27,14	27,14		100,00	27,14

N : nuit ou enfant de moins de 13 ans ; F : Férié ou dimanche ; U : Urgence ;

Total des frais

:

96,14 Euros

P : Urgence pédiatre ; Z, B, C, D : Majorations de radiographies

Justificatifs à fournir à l'hôpital, dont l'adresse figure au recto (encadré), pour être dispensé du paiement d'une partie de ces frais :

- * Photocopie de l'attestation papier de la carte vitale,
- * Photocopie de la carte ou de l'attestation papier de l'Aide Médicale d'Etat (AME) valable à la date des soins,
- * Photocopie recto-verso de votre carte mutuelle,
- * Attestation CMUC,
- * Photocopie de la feuille de suivi de maternité,
- * Tout autre document attestant d'une prise en charge spécifique (original du volet accident du travail, invalidité...).

FACTURE

SOINS EXTERNES

Références à rappeler :

NIP / IPP : 8013760451 Compte client : 18700374
 Référence : 5311127619 N° de dossier : 191959817
 Utilisateur : AUVAPS27

NIP :



Nom et prénom du patient :

HAJJI ASMAA

ASSISTANCE
PUBLIQUE



HÔPITAUX
DE PARIS

Pour nous contacter :

GH PITIE-SALPETRIERE
 TRAITEMENTS EXTERNES
 47-83 BOULEVARD DE L'HOPITAL
 75651 PARIS CEDEX 13
 Téléphone : 01 42 17 69 59

122 - 1/1 - 243 - 243 - A - 3910240499008

HAJJI ASMAA

00 RIAD ADALOUS RES BALANCIA CAL
 20150 CASABLANCA
 MAROC

Avez-vous déclaré un médecin traitant ?

☐

OUI

☐

NON

Nom : _____

Prénom : _____

**Grâce au paiement de votre facture,
 l'accès de tous au service public
 hospitalier est assuré.**

Le 23.10.2019

Madame, Monsieur,

Vous avez reçu des soins, dont le détail figure au verso de ce document.

Si vous nous transmettez, **avant le 13.11.2019**, les documents justifiant de votre prise en charge par l'assurance maladie ou par une assurance complémentaire (voir liste au verso de ce document), vous pourrez être dispensé de faire l'avance de tout ou partie des frais correspondant à ces soins.

Sinon vous devez nous régler la somme de **96,14 euros avant le 13.11.2019.**

Comment payer cette facture ?

* Par carte bancaire sur le site internet sécurisé <https://paiement-en-ligne.aphp.fr>

Ce site de paiement en ligne est sécurisé et accessible 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24

Vos identifiants de connexion sont :

Compte client : 18700374

Référence : 5311127619

€
**PAYER EN
 LIGNE**



* Par chèque libellé à l'ordre du Trésor Public et adressé par voie postale à l'adresse encadrée en en-tête de cette facture

* Par carte bancaire au guichet de la caisse de n'importe quel hôpital de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

* A défaut d'autre possibilité, en espèces (billets et pièces en euros) si le montant de votre facture est inférieur à 300 €. Vous pouvez vous présenter auprès de la caisse de n'importe quel hôpital de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

Merci de joindre la présente facture pour tout paiement en caisse ou par courrier.

Une quittance vous sera remise à l'issue de votre paiement pour le justifier.

Malaise avec PC de 30 sec dans le bus sans TC avec prodromes
Pas de vertiges, pas de douleur tho, pas de dyspnée
Pas d'amnésie post PC: photophobie et phonophobie
Vomissement à l'IAO
Patiente plus soulagée dans le box
Dernier malaise avec PC il y a 10 ans dans un contexte d'hypotension

❖ **EXAMEN CLINIQUE INITIAL**

Examen clinique initial : Consciente et orientée. GCS 15
Hémodynamiquement stable. Apyrétique

Cardio: bdc reg sans souffles ni frottements, pas de douleur tho, pouls periph symétriques
ECG: RS, FC 80x', PR<0.12s, QRS<0.2s, axe 30°, pas de trouble de la repol, BBD incomplet Pulmonaire: eupnéique en aa, auscultation claire
Abdomen: souple et depressible, non douloureux à la palpation
NRL: pupilles IRS, paires craniennes normales, pas de DSM, pas de raideur de nuque

❖ **EVOLUTION CLINIQUE**

❖ **AVIS SPECIALISES**

❖ **EXAMENS COMPLEMENTAIRES (Résultats et commentaires) :**

Radiologie :
Imagerie :
ECG :

❖ **CONCLUSION MEDICALE**

malaise vagal

**Décision d'orientation :
Non-Admission**

le 08/10/2019 14:33

CCMU : Etat clinique jugé stable avec actes diag ou thérapeutiques
GEMSA : Patient non convoqué sortant apres consultation

(2)
(2)

Transfusion de produits sanguins : O Oui O Non

Si oui, Nature :

Bactérie Muti-Résistante : O Oui O Non

Si oui, Nature :

Documents remis au patient :

« Pour tout examen complémentaire et documents personnels n'ayant pas été récupérés à votre sortie des Urgences, merci de téléphoner aux secrétariat des Urgences du lundi au vendredi de 10 h à 15 h au 01.42.17.72.42 ou 01.42.17.72.68. Ceux-ci sont récupérables par vous-même avec une pièce d'identité ou par une personne de votre choix avec procuration, sa pièce d'identité et la vôtre. »

Traitement(s) et ordonnance(s) de sortie :

Dossier social :

Liste des prescriptions demandées :

Biologie :
ECG :
Radiologie :
Imagerie spécialisée :

Chef service :

Pr P. HAUSFATER

CRU - COMPTE RENDU DES URGENCES

Entré(e) le: 08/10/2019 - 13:10

Nom : HAJJI

(Nom JF : HAJJI)

Sorti(e) le : -

8013760451

Prénom : ASMAA

Né(e) le : 09/01/1955

Age : 64a

Sexe : F

Adresse : 00 RIAD ADALOUS RES BALANCIA CAL
(99350) CASABLANCA

Médecin(s) traitant(s):

Médecins hôpital :

Personne à prévenir :

Personne de confiance :

Patient accompagné par :

Mode d'arrivée :

Adressé par :

❖ PRISE EN CHARGE

Senior :

Senior :

Interne :

Interne :

IAO :

08/10/2019 13:15

❖ MOTIF DE LA CONSULTATION

❖ ACTES IDE REALISES A L'ACCUEIL

❖ RISQUE INFECTIEUX

❖ CONSTANTES INITIALES

PA : 138/71 ,

PA Bras G : / , FC : 94/mn ,

Temp : 36.0 °C ,

FR : /mn ,

SaO2 : 98 % ,

Dextro : 9.0/mmol/l ,

PeakFlow : L/min ,

HémoQ : g/dl ,

EVA : ,

Glasgow : 15

BU : Glucose : ; Cétone : ; Densité : ; pH : ; Protides : ; Nitrites : ; Sang : ; Leucocytes :

❖ DERNIERES CONSTANTES

PA : AGE 138/71 ,

PA Bras G : / ,

FC : 94/mn ,

Temp : 36.0 °C ,

FR : /mn ,

SaO2 : 98 % ,

Dextro : 9.0/mmol/l ,

PeakFlow : L/min ,

HémoQ : g/dl ,

EVA : 0 ,

Glasgow : 15

❖ ANTECEDENTS - ALLERGIES

Antécédents :

Allergies : 0

❖ TRAITEMENTS EN-COURS

0

❖ HISTOIRE DE LA MALADIE

Femme de 64 ans, autonome

Enrhumée depuis deux jours avec céphalées et écoulement nasal sans fièvre

Sensation nauséabonde ce matin au réveil

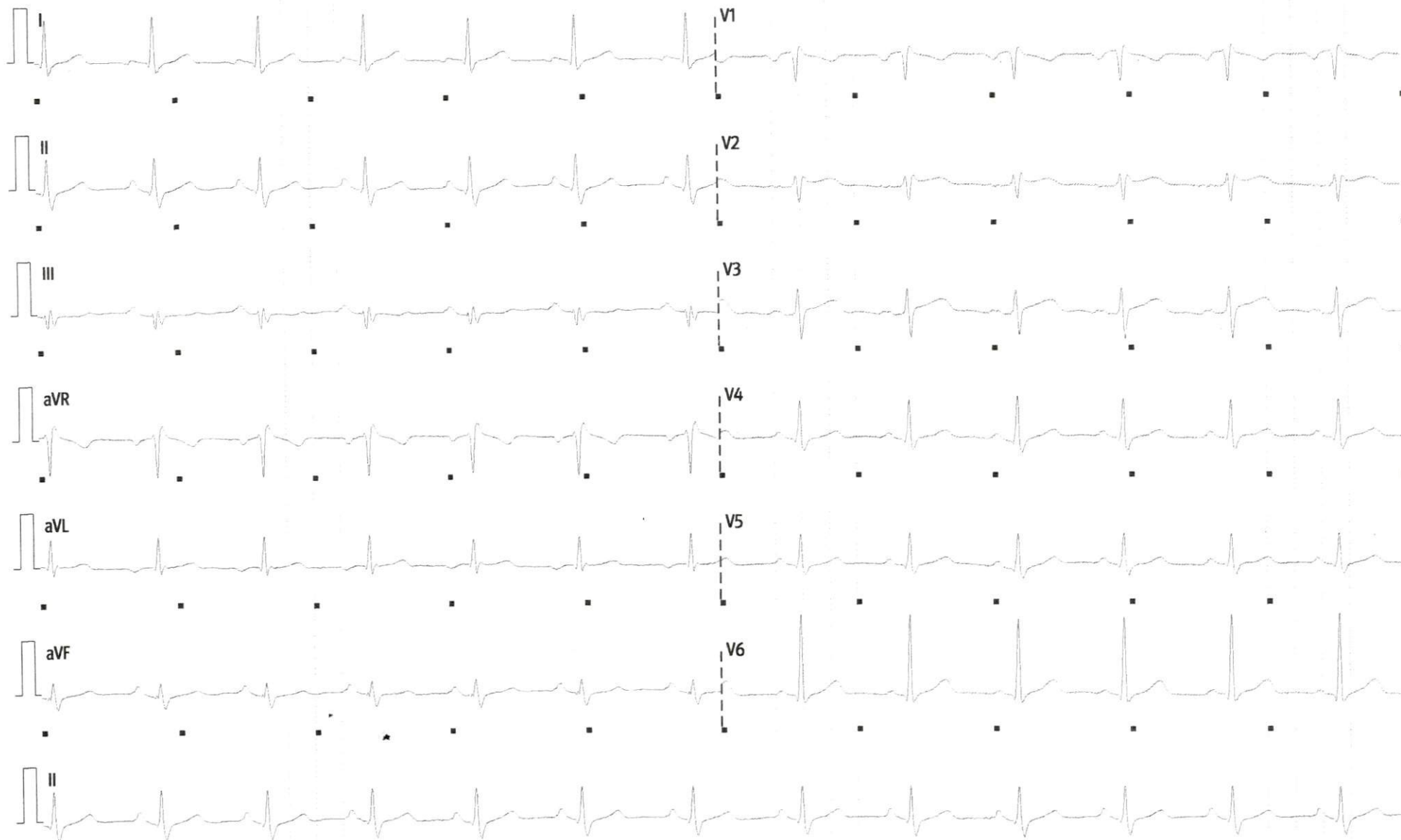
Petit déjeuner à 9h

ID patient:
Nom du patient: Haaji, Asmaa
Age: ans
Sexe: indét.

08-10-2019 13:59:54

Fréquence vent.	bpm
Intervalle FP	ms
Durée QRS	ms
Interv. QT/QTc	ms
Axes P/QRS/T	deg

QTc: Hodges



Autres :

Médecin sénior ayant validé le dossier :

Signature : CASSARD Clementine (PHC)