

# 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 0 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 0 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 0 0 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.

10675

 **Maladie**
 **Dentaire**
 **Optique**
 **Autre**
**Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule :

5467

Société :

retraitée

 Actif Pensionné(e) Autre :

Nom &amp; Prénom :

H A J J I Asmae

Date de naissance :

9/01/55

Adresse :

Av. El Qods Road Al Andalous  
Résidence Bel Amour n°7 Ann Chak Rabat

Tél. :

06.6114.2446

Total des frais engagés : 96,14 euros

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

cf CRV joint et  
électrocardiogramme

Date de consultation :

8/10/2019

Nom et prénom du malade :

Moh - mame

Age: 64

Lien de parenté :

 Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Malaise à Paris (ambulatoire et hospitalier)  
Hospitalisé à l'Hôpital Rire 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  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Casab

Le : 3/11/2019

Signature de l'adhérent(e) :

X

S

## **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 : .....
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

## **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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

### **Important :**

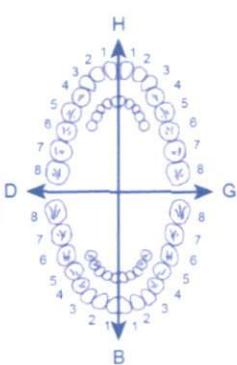
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
<hr/>	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

## 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 HÔPITALS  
PUBLIQUE 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 dépressible, 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 (2)  
GEMSA : Patient non convoqué sortant après consultation (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 secrétariats 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 :**

**ASSISTANCE PUBLIQUE – HOPITAUX DE PARIS**  
**Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière**  
**Groupement hospitalier universitaire Est**  
47-83, boulevard de l'Hôpital  
75651 PARIS Cedex 13  
Tel : 0142160000 - Fax : 0142176006

**URGENCES MEDICO-CHIRURGICALES**  
**ACCUEIL DES URGENCES**  
Tel : 0142177247

Chef service :  
Pr P. HAUSFATER

### **CRU - COMPTE RENDU DES URGENCES**

Entré(e) le: 08/10/2019 - 13:10	Sorti(e) le : -	
Nom : HAJJI	(Nom JF : HAJJI)	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 : ; Nitrates : ; 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**

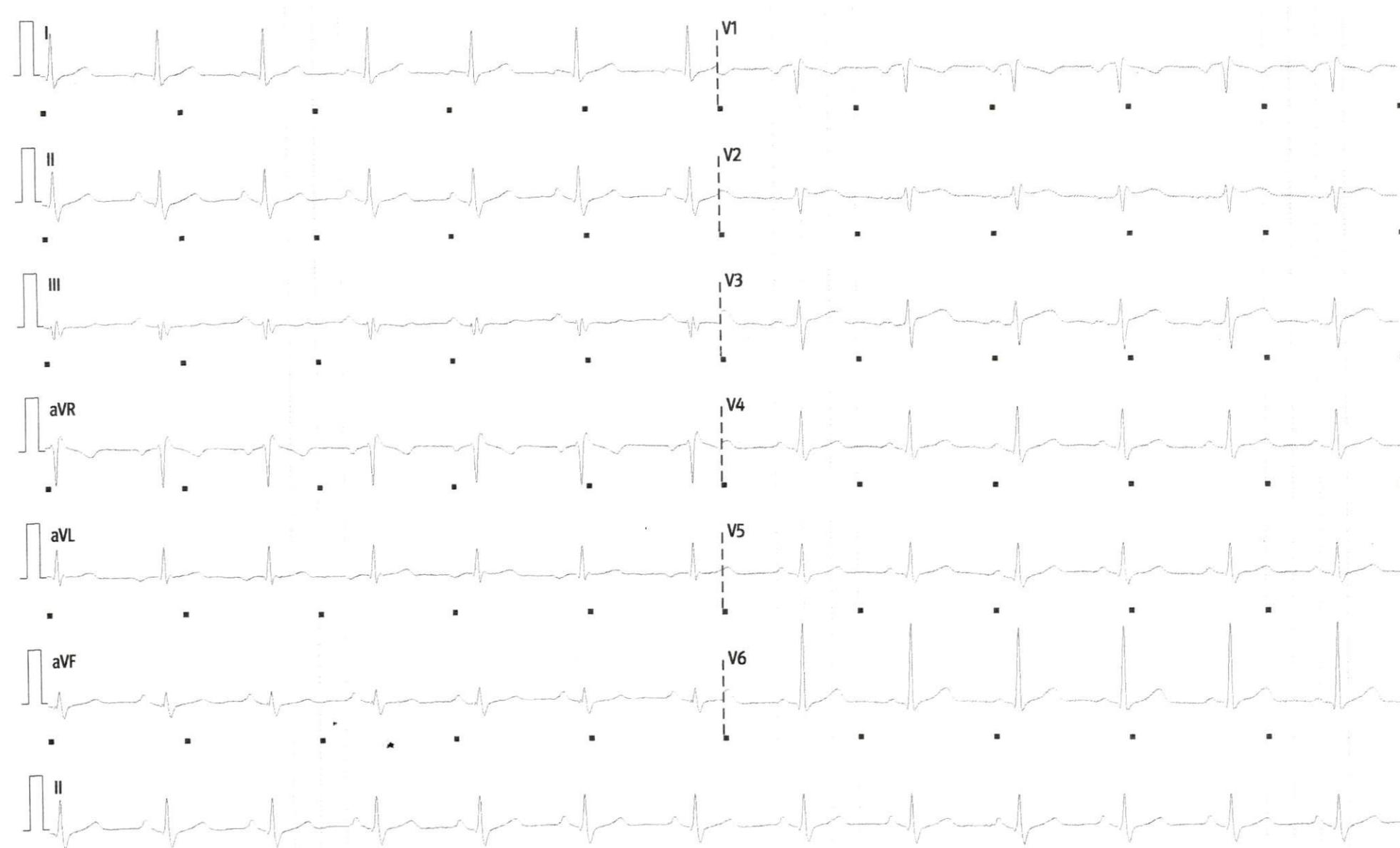
Femme de 64 ans, autonome

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: indéf.

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 senior ayant validé le dossier :

Signature : CASSARD Clementine (PHC)