

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.

Diagnostique 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.

Prothèse 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- 047997/4835

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4835 Société : 55272

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SAÏD BRIBER

Date de naissance : 03/03/1957

Adresse : DB EL MANIR Route N°43

Tél. : 06 66 18 87 48 Total des frais engagés : 93,12 E Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

MEDECIN COLONEL
Malika HAJILA
Médecin Chef de L'E.R.M./FAR

Date de consultation : 21/12/2020

Nom et prénom du malade : SAADIA ZERRAD Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Traumatisme de la main

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 : Le : 2021

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

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
23/12/20				MEDECIN COLONEL Malika HAJILA Médecin Chef de L.E.A.M./FAS

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
Hôpitalier Paris Saint-Joseph Raymond Losserand - 75674 Paris cedex 14 Service d'Imagerie Médicale 01 44 12 80 00 - Fax 01 44 12 38 50	23/12/20	1792K 001	23,18€

AUXILIAIRES MEDICAUX

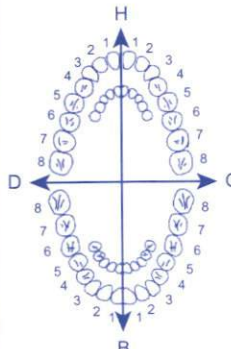
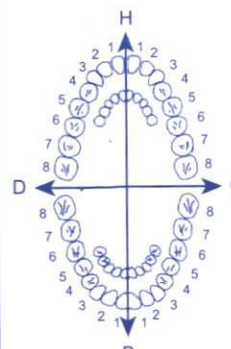
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	
				Coefficient DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX
				
	25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Cachet du médecin

A Alger Le 21/12/2020

MEDECIN - COLONEL
Malika HAJILA
Médecin Chef de L'E.R.M./FAR

Mme SAADIA ZERRAD.

Rx de doigts main droite FLP
contour le pouce droit.

MEDECIN - COLONEL
Malika HAJILA
Médecin Chef de L'E.R.M./FAR

Chef de service
Dr Marc Zins
mzins@ghpsj.fr

Chef de service adjoint
Dr Isabelle Boulay
iboulay@ghpsj.fr

Responsable Opérationnel
Jérôme Rolland
Jrolland@ghpsj.fr

Secrétariat
Tél : 01.44.12.36.03
Fax : 01.44.12.38.50

Prise de RDV d'exams d'Imagerie
Tél : 01 44 12 80 60
Fax : 01 44 12 80 59
imagerie@ghpsj.fr

Responsable accueil-planification
Soraya Riga
Tél : 01.44.12.78.34

Cadres médico-techniques

Béatrice Rozet
Tél : 01.44.12.69.69
Sylvie Hervo
Tél : 04.44.12.76.52
Arnaud Fournier
Tél : 01.44.12.72.61
Marianne jacquin
mjacquin@ghpsj.fr

Médecins

Dr Q. Alias
Dr G. Angelopoulos
Dr A. Azarine
Dr N. Badat
Dr S. Benadiaoud
Dr S. Béranger
Dr N. Canepa
Dr A. Cinqualbre
Dr A. Cotso
Dr A. Dallongeville
Dr L. Desmottes
Dr M. Di Primio
Dr M-R. El Bejjani
Dr A. Frison-Roche
Dr A-L. Gautier
Dr S. Gerber
Dr F. Guichoux
Dr M.A. Haouari
Dr J. Hodel
Dr S. Kissi
Dr A. Le Berre
Dr V. Marini
Dr V. Marteau
Dr A. Mebazaa
Dr M.P. Morel
Dr L. Novelli
Dr E. Petit
Dr M. Rodallec
Dr S. Silveira
Dr J. Simon
Dr A-M Tardivel
Dr S. Toledano

Paris, le 23/12/2020

Madame ZERRAD Saadia

Née le 25/11/1958
13 RUE DE CHATILLON
92170 VANVES

Votre examen du 23/12/2020.

**CONSULTATION DE VOS RÉSULTATS D'IMAGERIE
DEPUIS NOTRE SERVEUR DE RÉSULTAT INTERNET**

Le compte-rendu et les images de cet examen sont disponibles dès validation du compte-rendu par le médecin radiologue grâce à une connexion sécurisée sur le portail Internet.

Rendez-vous sur le site :



<https://imagerie.hpsj.fr>

Renseignez vos identifiants de connexion :

Votre code d'accès pour cet examen : WyQKLr

Mot de passe pour cet examen : xCKtgF

Note : La remise de ce document à votre médecin traitant ou à votre médecin demandeur, lui permet également de consulter le résultat de votre examen.

A l'attention des médecins correspondants :

Le lien ci-dessous vous permet de vous inscrire sur le portail sécurisé du GHPSJ spécifiquement dédié aux médecins. En renseignant votre adresse mail professionnelle (à l'exception des messageries de santé cryptées) vous aurez directement accès aux résultats des examens que vous avez demandés pour vos patients.



https://vu.fr/portail_imagerie_GHPSJ

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, que vous pouvez exercer par voie électronique : dpo@ghpsj.fr ou par courrier postal : Direction générale - 185 rue Raymond Losserand - 75674 Paris cedex 14.

FACTURE DE CONSULTATION

ZERRAD SAADIA
13 RUE DE CHATILLON

92170 VANVES

Référence à rappeler

N° IPP / N° Séjour : **110376690 / 720517531**
Nom / Prénom : **ZERRAD SAADIA**
Date de naissance : **25/11/1958**
Période séjour : **23/12/2020**
N° SS :
N° Adhérent :
Débiteur 1 : **PATIENT PAYEUR**
Organisme d'affil. :
Parcours de soins : **NC: Non concerné**

Ma = 4835

Facture N° **200721121**

Période séjour : **23/12/2020**

DMT : Activ : **07**

Date	UF	Code	Tarif	Coef.	Montant	Taux AMO	A votre charge
23/12/2020	9020	MDQK001	23.12	1.00	23.12	0	23.12
Acte : ACTES D'IMAGERIE				Spécialité : 06 - Radiodiagnostic et Imagerie Médicale			
Modificateur(s) : Z							
Numéro(s) de demande(s) :							

Groupe Hospitalier Paris Saint-Joseph
185, rue Raymond Losserand - 75674 Paris cedex 14
Service d'Imagerie Médicale
Tél. 01 44 12 80 60 - Fax 01 44 12 38 50

FACTURE REGLEE	Total à payer Somme perçue Reste à payer	Euros
		23.12 23.12 0.00

Reste à payer : **ZÉRO EUROS**

Facturé le : **23/12/2020**

N°IPP : **110376690 ZERRAD, SAADIA**
Facture : **200721121**

Montant : **0.00** Euros



Chef de service
Dr Marc Zins
mzins@ghpsj.fr

Chef de service adjoint
Dr Isabelle Boulay
iboulay@ghpsj.fr

Responsable Opérationnel
Jérôme Rolland
Jrolland@ghpsj.fr

Secrétariat
Tél : 01.44.12.36.03
Fax : 01.44.12.38.50

Prise de RDV d'exams d'Imagerie
Tél : 01 44 12 80 60
Fax : 01 44 12 80 59
Imagerie@ghpsj.fr

Responsable accueil-planification
Soraya Riga
Tél : 01.44.12.78.34

Cadres médico-techniques
Béatrice Rozet
Tél : 01.44.12.69.69
Sylvie Hervo
Tél : 04.44.12.76.52
Arnaud Fournier
Tél : 01.44.12.72.61
Marianne jacquin
mjacquin@ghpsj.fr

Médecins
Dr Q. Alias
Dr G. Angelopoulos
Dr A. Azarine
Dr N. Badat
Dr S. Benadiaoud
Dr S. Béranger
Dr N. Canepa
Dr A. Cinqualbre
Dr A. Corso
Dr A. Dallongeville
Dr L. Desmottes
Dr M. Di Primio
Dr M-R. El Bejjani
Dr A. Frison-Roche
Dr A-L. Gautier
Dr S. Gerber
Dr F. Guichoux
Dr M.A. Haouari
Dr J. Hodel
Dr S. Kissi
Dr A. Le Berre
Dr V. Marini
Dr V. Marteau
Dr A. Mebazaa
Dr M.P. Morel
Dr E. Novelli
Dr E. Petit
Dr M. Rodallec
Dr S. Silvera
Dr J. Simon
Dr A-M Tardivel
Dr S. Toledano

Paris, le 24/12/2020

Née le 25/11/1958
Externe
Examen du 23/12/2020

Madame ZERRAD Saadia
13 RUE DE CHATILLON
92170 VANVES

RADIOGRAPHIE DE LA MAIN DROITE

Indication :

Douleurs du pouce droit

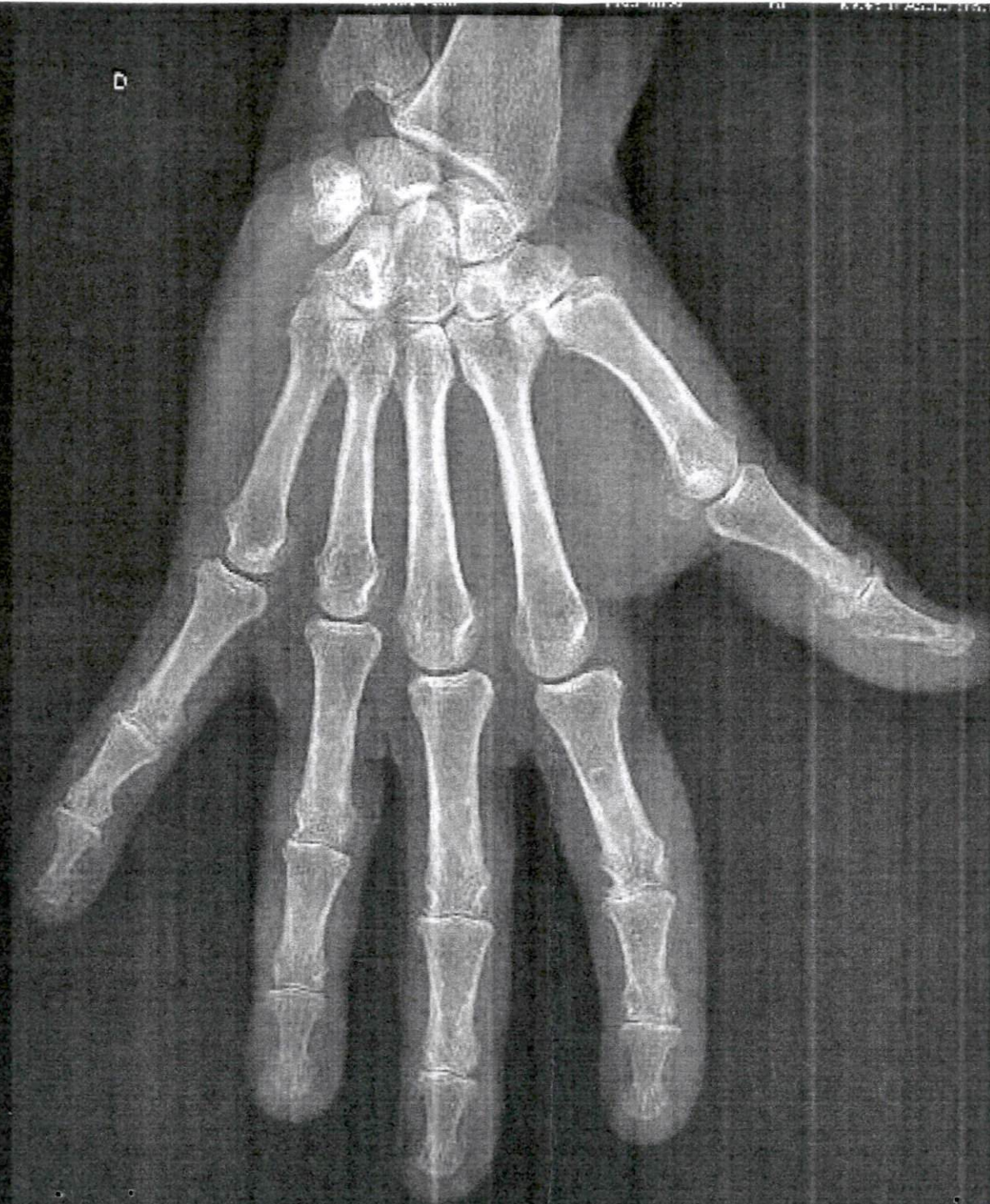
Résultat :

Trame osseuse homogène.
Pas de lésion osseuse traumatique.
Rhizarthrose.
Rapports articulaires conservés.
Pas d'anomalie des parties molles

Ce compte rendu a été validé électroniquement le 24/12/2020 par
le Docteur **OBADIA ILAN**

M/4
4835

Compte rendu rédigé avec un logiciel de reconnaissance vocale, peut comporter quelques imperfections orthographiques.



D