

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Pathologie 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.

## Prothétique :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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

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 Rue 71 N° 43

Tél. : 06 66 18 87 48

Total des frais engagés : 93,12 E Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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 : transitoire 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 16 JAN 2021  
ACCUEIL

### 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
25/12/20				

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Hôpital Saint-Joseph Raymond Losserand - 75674 Paris cedex 14 Service d'Imagerie Médicale tél. 01 44 12 80 00 - Fax 01 44 12 38 50	23/12/20	179 QK 001	23,18 €

### AUXILIAIRES MEDICAUX

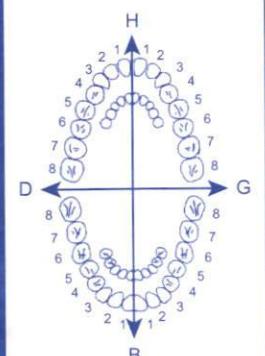
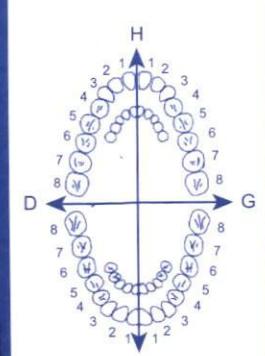
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 canalaires, 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
	H	25533412 21433552 00000000 00000000	G	
	D	00000000 00000000	B	
		35533411 11433553		
[Création, remont, adjonction] 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'EXECU

# ORDONNANCE

Cachet du médecin



A ..... 0000 ..... Le ..... 21/12/2020

Amme SAADDA

ZERRAD

Rx des doigts (je n'ai droit F LP  
Dont tout le pouce droit).



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'examens 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. Cofto  
Dr A. Dallongeville  
Dr L. Desmottes  
Dr M. Di Primo  
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. Silvera  
Dr J. Simon  
Dr A-M Tardivel  
Dr S. Toledano

Madame ZERRAD Saadia

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

Paris, le 23/12/2020

DR  
4835

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](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](mailto: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**

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
<b>Acte : ACTES D'IMAGERIE</b>				<b>Spécialité : 06 - Radiodiagnostic et Imagerie Médicale</b>			
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

		Euros
<b>FACTURE REGLEE</b>	<b>Total à payer</b>	<b>23.12</b>
	<b>Somme perçue</b>	<b>23.12</b>
	<b>Reste à payer</b>	<b>0.00</b>

Reste à payer : **ZÉRO EUROS**

Facturé le : **23/12/2020**



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'examens 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

Née le 25/11/1958

Externe

Examen du 23/12/2020

Madame ZERRAD Saadia

13 RUE DE CHATILLON  
92170 VANVES

Paris, le 24/12/2020

### RADIOGRAPHIE DE LA MAIN DROITE

#### Indication :

Douleurs du pouce droit

MI 35

#### 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**

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

D

L7501 R7522 L5150 | 0

M1.0 30.0mSv/cm<sup>2</sup>

20 Dec 2020 13:53:04 5cm mm