

## 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

M22- 0005214

134663

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3098 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Bouhman Abdelaziz

Date de naissance : 30/09/1947

Adresse : Résidence Hadamou Rue 6m 64

EL OULFA

Tél : 05399134 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

Age :

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

### 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

### 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 Praticien	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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient			
				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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H              25533412              00000000              D           </div> <div>             21433552              00000000              G              00000000              35533411              B           </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
	(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



## IMAGERIE MEDICALE ET ONCOLOGIE

Radiologie – Mammographie avec tomosynthèse – Panoramique dentaire – Echographie doppler – Scanner – Ostéodensitométrie – I.R.M –  
Cancérologie Radiothérapie – Chimiothérapie – Consultations – Dépistage

Internet : [www.crtt.net](http://www.crtt.net) – Contact : [info@crtt.net](mailto:info@crtt.net)

Tél. 01 71 59 52 00

**CRTT – VERSAILLES**

HOPITAL PRIVE DE VERSAILLES – 7 BIS RUE DE LA PORTE DE BUC – 78000 VERSAILLES

IMAGERIE MEDICALE – Fax : 01 30 21 78 39

RADIOTHERAPIE ET ONCOLOGIE – Fax : 01 30 21 70 21

AII.RL

Versailles, le 16/09/2022

### IMAGERIE MEDICALE

**Dr Eric MEARY**

DIPLOME DE RADIODIAGNOSTIC  
ANCIEN CHEF DE CLINIQUE  
DES HOPITAUX DE PARIS  
PRATICIEN HOSPITALIER  
NEURO-RADIOLOGIE  
PARIS SAINT-ANNE

**Dr Marylène RENAULT-VRILLON**  
DIPLOMEE DE RADIODIAGNOSTIC

**Dr François TACHET**

DIPLOME DE RADIODIAGNOSTIC  
ANCIEN CHEF DE CLINIQUE  
DES HOPITAUX DE PARIS

**Dr Atossa MINOUI**

DIPLOMEE DE RADIODIAGNOSTIC  
ANCIEN CHEF DE CLINIQUE  
DES HOPITAUX DE PARIS  
ATTACHEE A L'HOPITAL COCHIN

**Dr Pascale BERNIER-PRIOUX**

DIPLOMEE DE RADIODIAGNOSTIC  
ANCIEN CHEF DE CLINIQUE  
DES HOPITAUX DE PARIS

**Dr Dominique GUILLOT**

DIPLOMEE DE RADIODIAGNOSTIC  
ANCIEN SPECIALISTE DU SERVICE  
DE SANTE DES ARMEES

**Dr David YUN**

DIPLOME DE RADIODIAGNOSTIC  
ANCIEN CHEF DE CLINIQUE  
DES HOPITAUX DE PARIS

**Dr Aline MIRAT**

DIPLOMEE DE RADIODIAGNOSTIC  
ANCIEN CHEF DE CLINIQUE  
DES HOPITAUX DE PARIS  
ATTACHEE A L'HOPITAL COCHIN

**Dr Laurence CATHERINE**

DIPLOMEE DE RADIODIAGNOSTIC  
ANCIEN CHEF DE CLINIQUE  
DES HOPITAUX DE PARIS  
ATTACHEE A L'HOPITAL A. BECLERE

**Dr George RAFEK**

DIPLOME DE RADIODIAGNOSTIC  
ANCIEN ASSISTANT  
DES HOPITAUX DE PARIS  
ATTACHE A L'HOPITAL A. BECLERE

### SERVICE DE CANCEROLOGIE

**Dr Erick CHIRAT**

Dr Laurence VITU-LOAS

Dr David ALI

Dr Marion RICHARD-MOLARD

Tel : 0130831615

**Madame LATIFI Khadija**

Née le 17/12/1957 (64 ans )

N° de Dossier : E2209044887

**MOGHADDAM REBECCA**

### IRM CEREBRALE

#### Indication :

Altération de l'état général majeure suivi au Maroc sans diagnostic. Plusieurs antécédents d'accident ischémique transitoire. Troubles neurologiques peu spécifiques. Bilan

#### Technique :

Acquisition sur l'ensemble de l'encéphale en séquence cube flair diffusion Swan 3D TOF et coronales inversion récupération centrées sur les hippocampes

#### Résultats :

Atrophie cérébrale majeure avec prédominance frontotemporale bilatérale.

Il existe également une atrophie sous-tentorielle avec élargissement des espaces péricérébelleux.

Le score de Scheltens est estimé à trois des deux côtés.

Il s'y associe une leucopathie sustentorielle importante avec atrophie et gliose des putamens.

Absence d'anomalie en diffusion.

Présence d'une hémosidérose focale pariéto-temporo-occipitale droite

Sur la séquence vasculaire, l'ensemble du polygone de Willis apparaît perméable sans disparité de calibre ni malformation anévrysmale décelée.

#### CONCLUSION :

*Atrophie parenchymateuse diffuse prédominante en frontotemporale associée à une atrophie et une gliose bilatérale des putamens.*

*Hémosidérose temporo-pariéto-occipitale droite sans anomalie vasculaire évidente.*

*Intérêt d'un avis neurologique.*

Compte rendu validé électroniquement par  
**Docteur LEVY Raphaël Remplaçant**

SELARL de médecins Cap. 142 940 euros – N° Conseil de l'ordre 0176

Appareil(s) : GE MEDICAL SYSTEMS - Optima MR 450 GE MEDICAL SYSTEMS - Optima MR 450 - PACS : OPALE

# **CENTRE DE RADIOLOGIE ET DE TRAITEMENT DES TUMEURS**

## **CRTT**

**Service de Radiologie – Scanner – IRM**

**7 bis B, rue de la porte de Buc**

**Tél : 01 71 59 52 00**

**Internet : [www.crtt.net](http://www.crtt.net) – Contact : [info@crtt.net](mailto:info@crtt.net)**

Numéro de dossier : E2209044887

**Madame LATIFI Khadija  
20 E RUE DU COUSERON**

**78310 MAUREPAS**

VERSAILLES, le 16/09/2022

## **RECU**

**Assuré : Madame Khadija LATIFI  
20 E RUE DU COUSERON**

**78310 MAUREPAS**

**N°SS :**

**Patient : Madame Khadija LATIFI**

### **Examen :**

Acte du : 16/09/2022

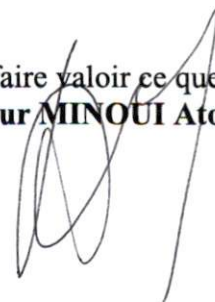
Désignation des actes :  
ACQN001 YYYY600, FTHORSIRM1,

**Montant total du dossier : 297,88 €**

**Montant réglé par le patient : 297.88 €**

**Dont dépassement d'honoraires : 60,75 €**

Pour faire valoir ce que de droit.  
**Docteur MINOUI Atossa**



# **CENTRE DE RADIOLOGIE ET DE TRAITEMENT DES TUMEURS**

## **CRTT**

**Service de Radiologie – Scanner – IRM**  
**7 bis B, rue de la porte de Buc 78000 VERSAILLES**  
**Tél : 01 71 59 52 00**  
**Internet : [www.crtt.net](http://www.crtt.net) – Contact : [info@crtt.net](mailto:info@crtt.net)**

Numéro de dossier : E2209044887

**Madame LATIFI Khadija**  
**20 E RUE DU COUSERON**

**78310 MAUREPAS**

**VERSAILLES, le 16/09/2022**

## **FORFAIT TECHNIQUE – HONORAIRE D'UTILISATION**

Je soussigné MINOUI Atossa, gérant du CRTT,


Certifie que Madame LATIFI Khadija

A bénéficié ce jour d'un IRM CEREBRALE SANS INJECTION, FT HORS NUMERO IRM1,.

La totalité de la somme concernant ce forfait d'utilisation de l'appareil a été réglée.

Soit la somme de **297,88 €**.

**Le responsable de la SELARL du CRTT**



# Laboratoire LA VERRIERE

Centre Commercial Orly Parc  
78320 LA VERRIERE

Tél: 01 30 16 17 27 Fax: 01 30 62 45 33 N°Sécurité Sociale: 78 3 70917

## Consultez vos résultats d'analyses sur internet

ME LATIFI KHADIJA

N° de mobile : +33677227866

Prélèvement du 12/09/22, prescrit par le CRTT VERSAILLES.

LATIFI KHADIJA  
Né(e) : LATIFI

<sup>F</sup>  
17/12/1957

Pour consulter vos résultats, connectez-vous sur notre site internet :

12/09/22-7-0011 2091270011<sup>08:07</sup>

<https://eurofins.mesanalyses.fr>

Pour la création de votre compte personnel, il vous sera demandé  
de saisir les informations ci-dessous:

Identifiant :

7455C2091270011

Mot de passe :

votre date de naissance au format JJMMAAAA

Exemple : si vous êtes né(e) le 26 mars 1945, votre mot de passe sera : 26031945.

**IMPORTANT :** vous devez créer votre compte dans les **7 jours**  
suivants la mise à disposition de vos résultats sur internet .

Si vous ne souhaitez pas créer votre compte personnel, vous pouvez simplement consulter vos résultats en cliquant  
sur le lien "accéder à vos résultats sans créer de compte"  
et en renseignant l'identifiant et le mot de passe indiqués ci-dessus.

Vos résultats seront alors consultables pendant 7 jours, au lieu de 2 ans sur le compte personnel.

Nous vous remercions de votre confiance et nous tenons à votre disposition pour tout renseignement.

Nos services de mise à disposition des résultats sur internet respectent les exigences légales en terme de sécurité  
et de confidentialité de vos données médicales et personnelles.

Les originaux de vos comptes-rendus restent disponibles au laboratoire.

## PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

## PERSONNE RECEVANT LES SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) ou du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

1 7 1 2 1 9 5 7

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) ou du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

code de l'organisme de rattachement  
en cas de dispense d'avance des frais  
(à remplir par le médecin)

## ADRESSE DE L'ASSURE(E)

20 E RUE DU COUSERON 78310 MAUREPAS

## IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

Docteur MINOUI Atossa

06 RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE

CONVENTIONNE HONORAIRES

7 bis A rue de la Porte de Buc

78000 VERSAILLES

## MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

Docteur LEVY Raphaël

identifiant

=&gt; 78 1 71243 5 00 3 31 0 06 n°AM

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé

## CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers :

non

oui

date

J J M M A A A A

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1  
(cf. la notice au verso : § précédé de "a")  
et les recommandations importantes)

MATERNITE

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

J J M M A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous

nom et prénom du médecin :

(s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)

accès direct spécifique

urgence

hors résidence habituelle

médecin traitant remplacé

accès hors coordination

X

## ACTES EFFECTUES

(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : J J M M A A A A)

dates des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés ①	dépass.	frais de déplacement		
							I.D. ②	I.K.	
							M.D.	nbre	montant ③
1 6 0 9 2 0 2 2	A C Q N 0 0 1 1				86,68€				
1 6 0 9 2 0 2 2	Y Y Y Y 6 0 0 1				0,94€				
1 6 0 9 2 0 2 2				FTHOR1	210,26€ DM				

## PAIEMENT

MONTANT TOTAL  
en euros (1+2+3)

297,88€

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du médecin  
ayant effectué  
l'acte ou les actessignature de  
l'assuré(e)impossibilité  
de signer

# quelques conseils pour remplir votre feuille de soins

**Le bon remplissage de votre feuille de soins est la garantie de votre remboursement par l'assurance maladie.**

La première information à donner concerne la **personne recevant les soins et l'assuré(e)** :

- **Si vous ne payez pas votre médecin**, celui-ci remplit l'ensemble de cette rubrique, sur présentation de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne, y compris le code de l'organisme de rattachement.
  - **Si vous payez votre médecin**, celui-ci indique uniquement vos nom et prénom, selon vos indications, ou en reprenant les informations contenues dans votre carte Vitale ou sur l'attestation papier qui l'accompagne.
- Les autres lignes de cette rubrique sont à compléter par vous même (le code de l'organisme de rattachement ne doit pas être indiqué dans ce cas) :

- si vous êtes la **personne recevant les soins** et aussi l'**assuré(e)**, inscrivez seulement :  
votre **numéro d'immatriculation** (il est indiqué sur votre carte Vitale et sur l'attestation papier qui l'accompagne),
- si vous êtes la **personne recevant les soins** mais pas l'**assuré(e)**, écrivez :  
votre **numéro d'immatriculation**,  
ou (si celui-ci ne vous a pas été communiqué),  
votre **date de naissance**,  
le **nom et le prénom de l'assuré(e) auquel (à laquelle) vous êtes rattaché(e)** et son **numéro d'immatriculation**,  
complétez enfin cette rubrique en indiquant l'adresse de l'assuré(e).

**Toutes les autres rubriques de la feuille de soins sont à remplir par votre médecin, y compris le numéro de facture qui est une zone facultative destinée à son usage.**

- Si l'acte qu'il effectue est en rapport avec l'affection de longue durée (ALD), il doit le préciser dans la case prévue à cet effet.
- Si vos soins sont dispensés au titre de l'article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, il doit le préciser dans la case prévue à cet effet.

Si vos soins sont liés à un accident causé par une personne autre que vous-même, précisez-le lui ainsi que la date de cet accident. Ces renseignements, recueillis sous votre responsabilité, doivent **obligatoirement** figurer sur la feuille de soins car ils permettent à l'assurance maladie de récupérer les frais relatifs à votre accident auprès de l'assureur de la personne ayant causé cet accident.

Si vos soins sont liés à un accident du travail, ou à une maladie professionnelle, présentez à votre médecin la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle qui vous a été remise par votre employeur ou par votre organisme d'assurance maladie.

Si le médecin qui remplit la feuille de soins est votre nouveau médecin traitant, il doit cocher la case prévue à cet effet. Dans ce cas, n'oubliez pas d'envoyer à votre caisse d'assurance maladie la nouvelle déclaration de choix du médecin traitant.

- Si le médecin qui remplit la feuille de soins n'est pas le médecin traitant que vous avez déclaré, il doit indiquer si l'acte est réalisé à la demande de celui-ci. Dans ce cas, il reporte sur la feuille de soins le nom et le prénom de votre médecin traitant.
- Si votre état de santé nécessite l'intervention de plusieurs médecins, ces informations doivent également être reportées sur la feuille de soins par ces médecins.

Dans la négative, le médecin doit cocher l'une des cases permettant de préciser si les soins sont réalisés

- par un médecin exerçant une spécialité à accès direct (gynécologie, ophtalmologie, psychiatrie) ou par un médecin exerçant dans une consultation hospitalière de tabacologie, d'alcoologie ou de lutte contre les toxicomanies (art. D 162-1-6, 6° du Code de la sécurité sociale),
- en urgence,
- hors de votre résidence habituelle (par exemple lorsque vous êtes en congé),
- par un médecin remplaçant votre médecin traitant en son absence,
- en accès libre non coordonné, c'est-à-dire lorsque vous consultez directement un médecin qui n'est pas votre médecin traitant.

## Recommandations importantes :

**Prévenez votre organisme d'assurance maladie à l'occasion d'un changement intervenant dans votre situation, comme, par exemple, en cas de :**

- **changement de compte** bancaire, postal ou de caisse d'épargne : envoyez-lui votre nouveau relevé d'identité de compte,
- **changement d'organisme** d'assurance maladie : prenez contact avec votre nouvel organisme d'assurance maladie pour le transfert de votre dossier afin de ne pas retarder le remboursement de vos soins et prestations. Votre ancien organisme d'assurance maladie peut vous aider dans cette démarche.

- **Si le médecin a coché la case "SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1", la feuille de soins doit être adressée à l'organisme gestionnaire mentionné sur votre attestation de pensionné(e).**

N'oubliez pas de signer votre feuille de soins.