

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

## Déclaration de Maladie

N° W21-772362

AS9255



### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4615

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

KINANI

OUAFAA

Date de naissance :

02/08/61

Adresse :

Rue Kadi Bakkas, Résidence Nassau, Imm. E - Apt. 2 - 3<sup>e</sup> étage, CASABLANCA.

Télé. :

06 6133 4935

N. File : 590796975

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

### Hôpital R. SALENGRO

### Service de Rhumatologie

### Professeur à la Faculté

### DOCTEUR B. CORTE

Cachet du médecin :

Date de consultation :

13/4/2023

Nom et prénom du malade :

KINANI OUAFAA

Age : 60 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Généopap. fractureuse suite greffe po

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

03 MAI 2023

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 : PARIS

Le : 13/10/12023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
13/4/2023 Consultation	C	50€	

N° Finess : 590796975  
59037 LILLE CEDEX  
CHU de LILLE  
Hôpital R. SALENGRO

DOCTEUR B. CORTE  
Cachet du Pharmacien ou du Fourmisseur

LABORATOIRE  
30 - BIOLOGIE - CONVENTIONNÉE  
18 RUE MARBEUF - 75008 PARIS  
Tél. : 01 47 23 52 44

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue  
**DOCTEUR B. CORTE**  
Professeur à la Faculté  
Service de Rhumatologie  
Hôpital R. SALENGRO  
CHU de LILLE  
59037 LILLE CEDEX  
N° Finess : 590796975

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

39,96€

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

Dr Isabelle LEGROUX

Rhumatologie

N° RPPS :



10002289360

### 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. Arrows point to specific teeth: H points to upper central incisors; G points to upper lateral incisor; B points to lower central incisor; D points to				

Pôle des Neurosciences et de  
L'Appareil locomoteur

Clinique de Rhumatologie  
Consultation et Hospitalisation



N° FINESS



590796975

Professeurs des Universités rhumatologie :

Professeur Bernard CORTET

RPPS 10002241767

Professeur René-Marc FLIPO

RPPS 10003797221

Professeur Julien PACCOU

RPPS 10005187850

Praticiens hospitaliers rhumatologie :

Docteur Anne BERA-LOUVILLE

RPPS 10002257102

Docteur Isabelle LEGROUX-GEROT

RPPS 10002289360

Docteur Peggy PHILIPPE

RPPS 10002302445

Docteur Cécile WIBAUX

RPPS 10005187942

Praticien hospitalier onco-rhumatologie :

Docteur Marie-Hélène VIEILLARD

RPPS 10002303179

Chefs de Clinique Assistants rhumatologie :

Docteur Martin DELCLAUX

RPPS 10101515368

Docteur Anne DESVAGES

RPPS 10101488871

Docteur Jean-Guillaume LETAROUILLY

RPPS 10101744117

Docteur cecile PHILIPPOTEAUX

RPPS 10101615192

Médecins Attachés rhumatologie :

Docteur Thierry CARDON

RPPS 10002246824

Docteur Véronique CASTELAIN

RPPS 10002246196

Docteur Capucine ELOY

RPPS 10100701308

Docteur Jean-Michel FARRE

RPPS 10002230984

Docteur Marie-Hélène GUYOT

RPPS 10002251102

Docteur Aurore NOTTEZ

RPPS 10102002028

Docteur Jean DARLOY

RPPS 10101732955

Docteur Mathilde DELACOUR

RPPS 10101787363

Docteur Marie-Eve BLANCHART-ROQUET

RPPS 10002254547

Médecine Physique et Réadaptation :

Docteur Jean-François CATANZARITI

RPPS 10002249455

Secrétariats :

Consultation

03.20.44.61.20

03.20.44.61.10

Hospitalisation

03.20.44.69.26

03.20.44.54.62

Onco-rhumatologie (consultation et hospitalisation)

03.20.44.40.58

03.20.44.67.51

Secrétariat de recherche clinique

03.20.44.58.40

TSI 32343

Faire réaliser par une IDE à domicile :

- Une perfusion d'**ACLASTA 5 mg en IV** sur au moins 15 minutes en périphérie
- Boire au moins 2 grands verres d'eau avant et après la perfusion

**Prescription relative au traitement de l'ALD reconnue  
(Affection exonérante)**

OUI

NON



Signature : 

Dr Isabelle LEGROUX

Rhumatologie

N° RPPS :



10002289360

Centre des Consultations d'Imagerie et de l'Appareil Locomoteur

2 rue Emile Laine CS 7000 159037 LILLE Cedex [www.chu-lille.fr](http://www.chu-lille.fr)

Ref. document interne : ordonnance Version 1/2022



Centre Hospitalier Régional  
Universitaire de Lille

Pôle des Neurosciences et de  
L'Appareil locomoteur

Clinique de Rhumatologie  
Consultation et Hospitalisation

Professeurs des Universités:

Professeur Bernard CORTET

RPPS 10002241767

Professeur René-Marc FLIPO

RPPS 10003797221

Professeur Julien PACCOU

RPPS10005187250

Praticiens Hospitaliers:

Docteur Anne BERNAUD-LOUVILLE

RPPS 100022557102

Docteur Isabelle LEGROUX-GEROT

RPPS 10002289360

Docteur Peggy PHILIPPE

RPPS 10002302445

Docteur Marie-Hélène VIEILLARD

RPPS 10002303179

Docteur Cécile WIBAUX

RPPS 10005187942

Chefs de Clinique Assistants:

Docteur Martin DELCLAUX

RPPS 10101515368

Docteur Anne DESVAGES

RPPS 10101488871

Docteur Jean-Guillaume LETAROUILLY

RPPS 10101744117

Docteur Cécile PHILIPPOTEAUX

RPPS 10101615192

Médecins Attachés :

Docteur Thierry CARDON

RPPS 10002246824

Docteur Véronique CASTELAIN

RPPS 10002246196

Docteur Capucine ELOY

RPPS 10100701308

Docteur Jean-Michel FARRE

RPPS 10002230984

Docteur Marie-Hélène GUYOT

RPPS 10002251102

Docteur Aurore NOTTEZ

RPPS 10102002028

Docteur Jean DARLOY

RPPS 10101732955

Docteur Mathilde DELACOUR

RPPS 10101787363

Docteur Marie-Eve BLANCHART-ROQUET

RPPS 10002254547

Médecine Physique et Réadaptation:

Docteur Jean-François CATANZARITI

RPPS 10002249455

Secrétariats :

Consultation

03.20.44.61.20

03.20.44.61.10

Hospitalisation

03.20.44.69.26

03.20.44.54.62

Onco-rhumatologie (consultation et hospitalisation)

03.20.44.40.58

03.20.44.67.51

N° FINESS



590796975

Lille, le 13/4/2023



23748332 E 13/04/2023

KINANI

OUFAAA

us:

nais: 02/02/1961

F

NOM DU PATIENT :

Age et poids (si besoin) :

- ACLASTA 5 mg, 1 flacon
- MEDISET, 1 kit de perfusion

Prescription relative au traitement de l'ALD reconnue (affection exonérante)



NON

Signature :

Dr Isabelle LEGROUX

Rhumatologie

N° RPPS :



10002289360

CHU de Lille.  
Centre des Consultations  
D'Imagerie et de l'Appareil Locomoteur  
2 rue Emile Laine  
59037 LILLE Cedex

Ref. document interne : ordonnance Version 1/2022

# FORMULAIRE DE PRESCRIPTION DE PI

COCHER LES CASES CORRESPONDANTES DU FORMULAIRE	
Date de la prescrition : <u>11/11/2023</u>	<input type="checkbox"/> Initiati <sup>e</sup>
	<input type="checkbox"/> Renouvellement
Rhumatologie	
N° RPPS :	

Nom : Isabelle LEGRUAN  
 Prénom : Isabelle  
 Téléphone : 06 77 12 34 56  
 Iden. an : 10002289360  
\*Répertoire partage des professionnels de santé



23748332 E 13/04/2023  
**KINANI**  
 OUAFAA  
 us:  
 nais: 02/02/1961

LLE OU HÔPITAL)

T	Prénom : <u>Isabelle</u>
Poids (en Kg) : <u>65</u>	<input type="checkbox"/> Soins en rapport avec une ALD

STRUCTURE D'EXERCICE DU PRÉSCRIPTEUR (cabinet, éts ou centre de santé)		
Nom : <u>Isabelle LEGRUAN</u>	Raison sociale :	
Prénom : <u>Isabelle</u>	Adresse :	
Téléphone : <u>06 77 12 34 56</u>	N° Finess** géographique : <u>123456789012345678</u>	
Iden. an : <u>10002289360</u>	N° AM*** : <u>123456789012345678</u>	
**(fichier national des établissements Sanitaires et Sociaux)		***(numéro assurance maladie du prescripteur)

DESTINATAIRES et/ou OBJET	PATIENT	VILLE	HÔPITAL(HAD)
<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2.1 Produit(s) à perfuser : Pharmacien d'officine ou hospitalier	<input type="checkbox"/> 2.2 Prestation(s) et dispositifs médicaux : Prestataire ou Pharmacien d'officine	<input type="checkbox"/> 2.3 Copie pour information : Infirmier libéral en charge des soins
			<input type="checkbox"/> 3 Hospitalisation à domicile (HAD)

- Pour une perfusion « en ville », 4 exemplaires du formulaire sont édités et signés avec le coche de la case du destinataire correspondant (cf. 1, 2.1, 2.2, et 2.3 ci-dessus). Si la perfusion s'opère dans le cadre de l'HAD, 2 exemplaires sont édités et signés avec le coche de la case du destinataire correspondant (cf. 1 et 3 ci-dessus).
- Un patient qui nécessite des soins complexes et multidisciplinaires relève exclusivement de l'hospitalisation à domicile (HAD).
- Une chimiothérapie réalisée avec l'appui d'un prestataire doit se faire conformément aux dispositions de l'arrêté du 20.12.2004 fixant les conditions d'utilisation des anticancéreux injectables inscrits sur la liste « rétrocension » prévue à l'article L 5126-4 du code de la santé publique.

PRODUIT À PERFUSER n°1	Dénomination du produit - dosage (concentration), posologie (débit en ml/h ou mg/h), solvant, ... : (un médicament réservé à l'usage hospitalier et non inscrit à la liste dite « rétrocension » ne peut être administré à domicile que dans le cadre d'une HAD).		<i>Adalat 5 mg</i>	Durée d'administration d'une perfusion : ( heure(s) et) <u>15</u> minutes	<input type="checkbox"/> Veineuse centrale (VC) : <input type="checkbox"/> chambre implantable <input type="checkbox"/> cathéter central <input type="checkbox"/> cathéter central à insertion périphérique <input type="checkbox"/> Péri-nerveuse <input type="checkbox"/> Veineuse périphérique <input type="checkbox"/> Sous-cutanée	<input type="checkbox"/> Mode d'administration : <input checked="" type="checkbox"/> Gravité <input type="checkbox"/> Diuseur <input type="checkbox"/> Système actif électrique <input type="checkbox"/> ambulatoire <input type="checkbox"/> xe
	Nombre total de perfusions : <u>1</u>	Fréquence de la ou des perfusions : <u>... /jour</u> <u>... /semaine</u> <u>... /mois</u> par...				
Date de début de la cure : <u>11/11/2023</u>	Date de fin de la cure : <u>11/11/2023</u> ou Durée de la cure : <u>15</u> jours	<input type="checkbox"/> Transfuseur (transfusion de produits sanguins labiles en Ets de transfusion sanguine)				

PRODUIT À PERFUSER n°2	Est défini ci-dessous la cure d'un autre produit à perfuser, ou le nouveau cycle de cure d'un produit déjà renseigné :			Durée d'administration d'une perfusion : ( heure(s) et) <u>minutes</u>	<input type="checkbox"/> Veineuse centrale (VC) : <input type="checkbox"/> chambre implantable <input type="checkbox"/> cathéter central <input type="checkbox"/> cathéter central à insertion périphérique <input type="checkbox"/> Péri-nerveuse <input type="checkbox"/> Veineuse périphérique <input type="checkbox"/> Sous-cutanée	<input type="checkbox"/> Mode d'administration : <input checked="" type="checkbox"/> Gravité <input type="checkbox"/> Diuseur <input type="checkbox"/> Système actif électrique <input type="checkbox"/> ambulatoire <input type="checkbox"/> xe
	Nombre total de perfusions :	Fréquence de la ou des perfusions : <u>... /jour</u> <u>... /semaine</u> <u>... /mois</u> par...				
Date de début de la cure : <u>11/11/2023</u>	Date de fin de la cure : <u>11/11/2023</u> ou Durée de la cure : <u>15</u> jours	<input type="checkbox"/> Transfuseur (transfusion de produits sanguins labiles en Ets de transfusion sanguine)				

COMMENTAIRE PRESCRIPTEUR	A la connaissance du prescripteur, le patient a-t-il bénéficié « en ville » d'une cure de perfusion à domicile ou de nutrition parentérale à domicile (NPAD) dans les 26 dernières semaines ?		<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
	Si oui, si la (ou les) présente(s) perfusion(s) s'opère(nt) « en ville », un forfait dit de seconde installation pourra être pris en charge dans la limite d'un forfait de seconde installation par forfait de première installation, sauf proximité immédiate de l'installation antérieure.		
AUTRE CURE(S) de PERF ou NPAD	Le patient a-t-il une cure de perfusion à domicile ou de nutrition parentérale à domicile en cours « en ville » ?		<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
	Si oui, si la (ou les) présente(s) perfusion(s) s'opère(nt) « en ville », le forfait d'accessoires et de consommables prendra en compte l'ensemble des perfusions réalisées en fonction du mode d'administration.		

Si d'autres cures de produits sont prescrites, compléter par un ou d'autre(s) formulaire(s).

SIGNATURE :

**FACTURE**

N°2431/783443

Du 25/04/2023

Date de l'échéance 26/04/2023

KINANI Ouafa  
7 IMP DU PETIT RUPEMBERT  
62126 WIMILLE  
FRANCE

Prescripteur : CANVA-DELCAMBRE VALERIE

N° AM : 590811279

N° RPPS : 10002244241

Opérateur: CONSTANCE P

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
ZOLEDRONIQUE ACIDE 5MG/100ML VTS 1 3400927610394	PH7	0	1	126,964	2,10%	126,96
N° Ordonnancier : 121747						
Honor. dispens. HD7	HD7	0	1	0,999	2,10%	1,00
PERFADOM 6-IS INSTAL/SUIVI GRAVITE (Location du 25/04/2023 au 25/04/2023)	MAD	0	1	38,158	20,00%	38,16
PERFADOM17-C-GRAV<15/28J FORFAIT/PERF CONSOM-ACCES (Location du 25/04/2023 au 25/04/2023)	MAD	0	1	9,000	20,00%	9,00
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
128,46	2,1% (4)	2,70	131,16
47,16	20% (6)	9,43	56,59

Total HT	Total TVA	Total TTC
175,62	12,13	187,75

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	187,75

Mode(s) de règlement Règlements multiples (CB)	187,75
Reste dû	0,00

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

GRANDE PHARMACIE  
DE PARIS  
Constance POYER  
Docteur en Pharmacie  
73, rue Thiers - 62200 BOULOGNE  
622 033 447

(u) indique les quantités unitaires

(\*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1 - code 6: taux 20.0

Identification du prescripteur  
(nom, prénom et identifiant)

Dr Isabelle LEGROUX

Rhumatologie

N° RPPS :



10002289360

Hôpital Roger SAENGRO  
Rue Pf Emile Laine 59037 LILLE cedex

N° FINESS :



590796975

ciale.

tion de la structure  
établissement n° AM, FINESS ou SIRET)

Identification du patient  
e) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu) (à compléter par le prescripteur)

immatriculation (à compléter par l'assuré(e))

**Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)**

(AFFECTION EXONÉRANTE)

le 2/4/2023.

Docteur Kivini Guafaa

Vardenix 50 mg U.I 3 ampoules espacées de 15 j d'intervalle puis  
Zymad 50 mg 1/1M

docteur Sam

**Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée**

(MALADIES INTERCURRENTES)



**FACTURE**

N°2434/783585

Du 27/04/2023

Date de l'échéance 28/04/2023

KINANI Ouafa  
 7 IMP DU PETIT RUPEMBERT  
 62126 WIMILLE  
 FRANCE

Prescripteur : MEDECIN FICTIF Fictif

N° AM : 621999937

Opérateur: \_ C

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
CHOLECALCIFEROL 100 000UI ZTV AMP1 3400930153819	PH7	0	3	1,087	2,10%	3,26
N° Ordonnancier : 122002						
Honor. dispens. HD7	HD7	0	3	0,999	2,10%	3,00
ZYMAD 50 000UI AMP BUV 2ML 1 3400930087299	PH7	0	4	1,214	2,10%	4,86
N° Ordonnancier : 122003						
Honor. dispens. HD7	HD7	0	4	0,999	2,10%	4,00
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
15,61	2,1% (4)	0,33	15,94
<b>Total HT</b>		<b>Total TVA</b>	<b>Total TTC</b>
<b>15,61</b>		<b>0,33</b>	<b>15,94</b>

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	15,94

Mode(s) de règlement	
Règlements multiples (Espèces)	15,94
<b>Reste dû</b>	<b>0,00</b>

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom



(u) indique les quantités unitaires

(\*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1