

# 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 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

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.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00 447

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MARASSI Ahmed

Date de naissance : 07/01/1943

Adresse : Résidence el wiam B'd alim Rabia Apt 7 3<sup>e</sup> étage el oufia

Tél. : 06 61 20 83 36 Total des frais engagés : 284,66 E

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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 : Casab

Le : 18/09/12

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
10/08/23	Consultation		
17/08/23	Consultation		



## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie du Bourg du Fau Maud Tissier Place du Bourg du Fau - 37310 Reignac / Indre tel : 02 47 94 10 05 - Fax : 02 47 94 15 17 Mail : pharmacie du bourg du fau@yahoo.fr FINNEX : 372007112	24.10.8123 25.10.8123	116,08 € i.methyl Acide folique/ Ureadine et Timabutol

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
SAS IMAGERIE 37 C.S. 00033 54250 CYR-sur-LOIRE CEDEX R.C.S. Tous 398 443 325	14/10/23	ZBQ H 001 ZCQ H 001 9999 6.00	123,62 €
	+	FT Normal	93,03 €

AUXILIAIRES MÉDICAUX

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
					COEFFICIENT DES TRAVAUX												
					MONTANTS DES SOINS												
					DEBUT D'EXECUTION												
					FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX													
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td><td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td><td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td></tr> <tr> <td></td><td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td><td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td></tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">D</td><td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">00000000</td><td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">00000000</td></tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black;"></td><td style="border-top: 1px solid black;">35533411</td><td style="border-top: 1px solid black;">11433553</td></tr> </table>		H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553		
H	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
D	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
		<p style="text-align: center;"><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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'EXECUTION

Identification du prescripteur N° Finess 750803447

Service de médecine interne

Service des consultations

Professeur Jacques POUCHOT

Chef de service

20 rue Leblanc

75908 PARIS Cedex 15

Infirmières : 01.56.09.27.92

FINESS juridique : 750712184



N° 60-3937

cerfa

Etiquette du patient

NIP : 8017408184

NASSIRI

AICHA

Né(e) le : 29/06/1958 - 65 ans

Sexe : Féminin

FINESS géographique : 75080



EXP: 09/2025  
LOT: PL2022006A  
SN: 81792517461422  
PC: 03400936523418

Prednisone arrow®  
20 mg



EXP: 09/2025  
LOT: PL2022006A  
SN: 97567621618294  
PC: 03400936523418

Prednisone arrow®  
20 mg



EXP: 02-2026  
LOT: 30421A  
SN: 121369913333115  
PC: 03400936519275

BIOGARAN

Le 17/08/2023

Dr Benoît FERMENT

RPPS :

Hôpital Européen Georges Pompidou

Médicine interne - Gérontologie

Hôpital de jour

Tel : 01 56 09 27 99 - Fax : 01 56 09 27 97

FINESS : 750803447

EXP: 02-2026  
LOT: 30319A  
SN: 85762483982455  
PC: 03400936519275

BIOGARAN

PHARMACIE DU BOURG DU FAU  
15 Place Bourg du Fau  
37310 REIGNAC SUR INDRE  
372007112  
Tel : 0247941005  
INSEE:  
10 rue de reignac

Fact. Num. : 58688  
Date Fact. : 24/08/2023  
Date Ord. : 17/08/2023  
Medecin: POUCHOT-CAMOZ-GANDORME JACQUE  
Code Op: 3  
Malade:NASSIRI AICHA  
37310 CIGOGNE

QTE	DESIGNATION	CIP	Prix/U	BaseSS	HD	TxSS
2	PREDNISONE 20MG ARROW CPR SEC 20	3400936523418	2,40	-	1,02	1
3	PREDNISONE BIOGA RAN 5 MG CPR SÉC	3400936519275	1,89	-	1,02	0
1	Honor. dispens. HDR		0,51	-		0

MONTANT TOTAL : 16,08 MONTANT AMO : 0,00

MONTANT AMC : 0,00 MONTANT ASSURE : 16,08

Ces montants s'entendent ayant application, le cas échéant,  
de la franchise prévue à l'article L 322-2 du code de la  
sécurité sociale et indiquée sur le récépissé de prestations.



## TITRE - FORFAIT TECHNIQUE

ACTES D'IMAGERIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE NUCLEAIRE  
ACTES DE SCANOGRAPHIE

753

X  
035ASSURANCE  
MALADIE

- er volet : destiné à l'organisme de paiement  
 2<sup>e</sup> volet : destiné au praticien  
 3<sup>e</sup> volet : destiné à l'établissement ou à la société

## IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT OU DE LA SOCIETE

NOM SAS IMAGERIE 37 - VINCI  
7 AV DU PR ALEXANDRE  
MINKOWSKI  
37170 CHAMBRAY LES TOURS  
Téléphone 02.47.20.00.64

N° de l'établissement ou de la société 370007668

N° de l'appareil ou N° d'agrément 2200123  
 Date d'installation (29/08/2022)  
 Puissance ou classe de l'appareil 3  
 Tarification du forfait technique  
 normal  (3)      n° d'ordre  
 réduit  (3) de l'examen  
 Montant 5755  
 en euros 93,03  
 REMBOURSEMENT (2)

 A L'EXPLOITANT A L'ASSURE(E)

N° de compte postal, bancaire ou de Caisse d'Epargne et intitulé :

---

---

---

## IDENTIFICATION DU MEDECIN AYANT EFFECTUE L'ACTE

NOM-Prénom Docteur MOREAU Laurence  
60 rue Blaise Pascal  
OPTAM  
Secteur 1  
37000 TOURS  
Téléphone

NUMERO D'IDENTIFICATION 3717 6 35 66

Date de l'acte 14/08/2023

SIGNATURE  
DE L'EXPLOITANTSIGNATURE  
DU MEDECIN

La loi rend possible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations.

(Articles L377-1 du Code de la Sécurité Sociale, 441-1 du Code Pénal).

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) (1)

NUMERO  
D'IMMATRICULATION \_\_\_\_\_  
 NOM PATRONYMIQUE (nom de naissance) \_\_\_\_\_  
 NOM D'USAGE (facultatif) (nom d'époux(se), veuf(ve), divorcé ou autre parent) \_\_\_\_\_  
 PRENOMS \_\_\_\_\_  
 ADRESSE NASSIRI  
Aicha  
10 RUE DE REIGNAC  
37310 CIGOGNE

CODE ORGANISME D'AFFILIATION (1) \_\_\_\_\_

NOM ET ADRESSE  
DE L'ORGANISME  
DE PAIEMENT

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE (1)

Droits jusqu'au \_\_\_\_\_  
 S'agit-il d'un accident ?  OUI Date \_\_\_\_\_  NON  
 Le malade est-il hospitalisé ?  
 OUI Date d'hospitalisation \_\_\_\_\_

NOM ET ADRESSE  
DE L'ETABLISSEMENT NON

Si le malade est pensionné de guerre et si les soins concernent l'affection pour laquelle il est pensionné, cocher cette case

SI LE MALADE N'EST PAS L'ASSURE(E) \_\_\_\_\_

NOM PATRONYMIQUE NASSIRI  
 PRENOM Aicha Date de naissance 29/06/1958  
 Lien avec l'assuré(e)  
 Conjoint  Enfant  Autre membre de la famille  
 Personne vivant maritalement avec l'assuré(e)

J'atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements portés ci-dessus

SIGNATURE  
DE L'ASSURE(E)

(1) se reporter à la carte d'assurance maladie

(2) Le destinataire du remboursement ne peut en aucun cas être le médecin ayant effectué l'acte.

(3) Valable pour les scanners installés après le 1<sup>er</sup> août 1991 et à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1994 pour les appareils installés antérieurement au 1er août 1991.

## feuille de soins - médecin

numéro de facture (facultatif)

2 3 0 8 1 7 8 3 5

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale  
Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

date 1 4 0 8 2 0 2 3

## 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 **NASSIRI Aicha**

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

numéro d'immatriculation

date de naissance

2 9 0 6 1 9 5 8

code de l'organisme de rattachement  
en cas de dispense d'avance des frais  
(à remplir par le médecin)ASSURE(E) (*à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e)*)nom et prénom **NASSIRI Aicha**

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

numéro d'immatriculation

## ADRESSE DE L'ASSURE(E)

**10 RUE DE REIGNAC 37310 CIGOGNE**

## IDENTIFICATION DU MEDECIN

Docteur MOREAU Laurence  
06 Radiodiagnostic et imagerie médicale

N°RPPS

=&gt; 10002042488

Secteur 1 DP

## MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

IL GRIM VINCI  
7 AV. DU PR A. MINKOWSKI37170 CHAMBRAY LES TOURS  
Tel:02.47.70.60.50=> 37 1 76356 6 0 2 20 0 N° AM  
CAB CONV ZISD IKdispositif 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) SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1  
(cf. la notice au verso : § précédé de "a" et les recommandations importantes) acte conforme au protocole ALD action de prévention autreaccident causé par un tiers :  non  oui

date

J J M M A A A A

 MATERNITE

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

J J M M A A A A

 AT/MP

n u m é r o

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

## ACTES EFFECTUÉS

(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.	fréas de déplacement
						I.D.	2	I.K.
						M.D.	nbre	montant
1 4 0 8 2 0 2 3	Z B Q H 0 0 1 1			Z 4	40,86 €	DM		
1 4 0 8 2 0 2 3	Z C Q H 0 0 1 1			Z 4	81,71 €	DM		
1 4 0 8 2 0 2 3	Y Y Y Y 6 0 0 1			4	1,05 €	DM		
	J J M M A A A A							

## PAIEMENT

MONTANT TOTAL  
en euros (1+2+3)

123,62€

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 actes

signature de l'assuré(e)

impossibilité de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale).

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1976 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

Docteur Laurence MOREAU

N°RPPS : 10002042488

N°Agrément : 37 1 75272 6

I37AGU

Le 10/08/23

Madame ~~KASSIRI~~ Aicha 29/06/1958

65 ans

**Merci de rapporter ce consentement éclairé signé le jour de l'examen.**

**Votre examen va être téléinterprété.**

Cela signifie que le radiologue qui va interpréter votre examen ne sera pas physiquement présent lors de votre examen.

Pour que le radiologue puisse répondre précisément à la question posée par le médecin prescripteur, **il est impératif que votre ordonnance (demande d'examen) nous parvienne avant le jour de l'examen**, par mail à [rdv@imagerie37.fr](mailto:rdv@imagerie37.fr) ou SAS Imagerie 37 CS 90033 37542 St Cyr sur Loire Cedex.

**Pourquoi la téléradiologie ?**

Nous faisons face à une importante augmentation des demandes d'examens IRM et scanner. Proposer des examens télé-interprétés nous permet de diminuer nos délais. Vous êtes libre de refuser que votre examen soit télé-interprété, nous vous proposerons alors un autre rendez-vous, sans pouvoir garantir un délai identique.

Le rendez-vous que nous vous proposons correspond à un acte de télédiagnostic, tel que défini dans la Charte de Téléradiologie 2018 du G4 (1). Nous nous engageons à suivre les principes indiqués dans le guide de bonnes pratiques « Qualité et sécurité des actes de téléimagerie » de la Haute Autorité de Santé (2).

Les images de l'examen comme toutes les informations vous concernant restent hébergées sur nos propres serveurs agréés « données de santé ». Aucune donnée de santé n'est externalisée.

**Qui va interpréter votre examen ?**

Le radiologue qui va interpréter votre examen est le Docteur Laurence MOREAU, membre de la société Imagerie37.

Un autre médecin « de proximité » est toujours présent sur place : il partage avec le médecin demandeur et le radiologue la responsabilité de la recherche de contre-indication et de la prise en charge des effets indésirables éventuels secondaires à l'utilisation des produits de contraste.

**Votre compte-rendu**

Il sera disponible via sur notre serveur de résultat dans un délai de 48 heures ouvrées.

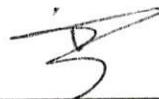
En application des articles L.111-2 et L.111-4 du Code de la Santé Publique, nous devons recueillir ici votre consentement libre et éclairé :

*J'accepte que l'interprétation de mon examen soit prise en charge à distance.*

Le 14/08/2023

à Chambord les Tours

SIGNATURE



(1) Conseil professionnel de la radiologie française. Chartre de téléradiologie. Paris: CPRF; 2018. [https://www.fnmr.org/uploads/documents/1546523410\\_2018%20Charte-teleradio-VF-Diffusion-AdherentsG4\\_2018-12-28.pdf](https://www.fnmr.org/uploads/documents/1546523410_2018%20Charte-teleradio-VF-Diffusion-AdherentsG4_2018-12-28.pdf)

(2) Qualité et sécurité des actes de téléimagerie. Guides bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé mai 2019



IMAGERIE 37

**Docteur Laurence MOREAU**  
N°RPPS : 10002042488  
N°Agrément : 37 1 75272 6  
I37AGU

le 10/08/23

N  
**Madame LASSIRI Aicha** Né(e) le 29/06/1958

Lors de votre scanner, une injection intra veineuse de produit de contraste à base d'iode sera réalisée. Ce produit sera par la suite éliminé dans les urines.  
Nous avons besoin de rechercher une éventuelle insuffisance rénale, qui pourrait contre indiquer cette injection d'iode.

Merci de lire attentivement le questionnaire ci-joint :



**Si vous répondez oui à une ou plusieurs questions :**

**UN DOSAGE DE LA CREATININNE DE MOINS DE 3 MOIS EST OBLIGATOIRE**

Si vous n'en disposez pas, **merci de faire pratiquer en laboratoire ou à domicile** l'analyse suivante et de venir le jour de l'examen avec les résultats.

- TAUX DE CREATININE
  - MESURE DE LA CLAIRANCE (formule de Cockcroft).

**Ce document tient lieu d'ordonnance.**

**A l'attention des laboratoires :**  
Merci de nous faire parvenir le résultat soit

Par courrier à l'adresse suivante :

IMAGERIE 37

CS 90033

37542 SAINT CYR SUR LOIRE CEDEX

Par fax : **02 47 70 12 19** ou par mail à [rdv@imagerie37.fr](mailto:rdv@imagerie37.fr)

2



Docteur Laurence MOREAU  
N°RPPS : 10002042488  
N°Agrément : 37 1 75272 6  
I37AGU

Madame LASSIRI Aicha  
10 RUE DE REIGNAC  
37310 CIGOGNE

le 10/08/23

**Votre rendez-vous SCANNER est fixé le : Lundi 14/08/2023 à 11:05**

Au SCANNER VINCI 1  
7 avenue du Pr A. Minkowski - Entrée 12  
37170 CHAMBRAY LES TOURS

ATTENTION : Sans ordonnance, votre examen ne pourra pas être réalisé.

Le temps de présence est d'environ 1h00.

**Dès réception de ce courrier, merci de prendre connaissance  
du consentement éclairé et du questionnaire ci-joints.**

**IMPORTANT**

Veuillez-vous munir de votre CARTE VITALE mise à jour, à défaut d'une attestation papier indiquant vos droits à la date d'examen, ainsi que d'une pièce d'identité en cours de validité (\* Loi N°2016-41 du 26 janvier 2016 et décret d'application n° 2019-1036 du 8 octobre 2019 modifiant le décret n° 2017-412 du 27 mars 2017, L 1111-8 et article R 1111-8-1 à 7 du CSP).

Votre médecin radiologue a adhéré à l'Option Pratique Tarifaire Maitrisée (OPTAM) dans le cadre de la nouvelle convention médicale nationale, avenant 8, publiée au JO du 6 déc. 2012.

Compte tenu de ses titres et fonctions universitaires il pratique des dépassements d'honoraires raisonnés, encadrés par la loi : Scanner 35,00€ et 50,00€ pour les actes interventionnels. L'assurance maladie rembourse sur la base des tarifs conventionnés et les mutuelles se sont engagées à prendre en charge tout ou partie du dépassement de manière privilégiée. Ce dépassement ne concerne pas les patients qui bénéficient de la CMU, l'ACS, et les accidents de travail.

Prévoir le règlement des honoraires du médecin radiologue par chèque, espèces ou CB de 65,04€, 94,33€ ou 123,62€ selon l'acte pratiqué. Le montant des actes interventionnels varient de 129,79€ à 251,12€.

L'interprétation de votre examen sera réalisée en différé par le radiologue.  
Par conséquent, vous repartirez à l'issue de votre examen, sans entretien avec le radiologue.

Le compte-rendu de votre examen ainsi que l'ensemble de votre dossier seront disponibles en ligne sur votre espace personnel <https://www.radiologie-centre.fr> dans un délai de 48 heures ouvrées.

Vos codes d'accès vous seront remis le jour de l'examen.

Nous vous prions de bien vouloir en tenir compte pour la prise de rendez-vous avec votre médecin.



Pour les femmes ayant un désir de grossesse, l'examen doit être réalisé dans les 10 jours après les règles.