

# 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 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

**Déclaration de Maladie**  
M23-004763

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00447 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : MARNISSI Ahmed  
 Date de naissance : 07/01/1943  
 Adresse : Résidence el wiam Bd. du Rabaï Im 12  
 Apt 7 3<sup>e</sup> étage el oulfa  
 Tél : 06 61 20 83 36 Total des frais engagés : 284,66 € Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age : 65

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 : Casablanca Le : 18/09/22

Signature de l'adhérent(e) :


Autorisation CNDP N° A-A-215 / 2019

Voir Déclaration  
Maladie (feuille mutuelle)  
M22-0036325 jointe





# 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
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: pharmaciedubourgdufau@yahoo.fr FINISS: 372007112	24/08/23 25/08/23	16,08 € 51,93 € Prednisone 20,5 imeth / Acide folique / Urochse et Timabak

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
SAS IMAGERIE 37 C.S. 44033	14/08/23	ZBQ1/001 ZCQ1/001 48.14 600	123,62 €
542 St-CYR-sur-LOIRE CEDEX C.S. Tours 398 413 325	+	FT Normal	93,03 €

# 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 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

																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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



**Perfa**  
N°60-3937

Etiquette du patient

NIP : 8017408184

NASSIRI

AICHA

Né(e) le : 29/06/1958 - 65 ans

Sexe : Féminin

FINESS géographique : 75080



**PREDNISONE : à prendre le matin**

• 60 mg pendant 7 jours puis

• 40 mg pendant 7 jours puis

• 30 mg pendant 7 jours puis

• 25 mg pendant 7 jours, puis

• 20 mg pendant 7 jours, puis

• 17.5 mg pendant 7 jours puis,

• 15 mg pendant 7 jours puis,

• 12.5 mg pendant 7 jours puis,

• 10 mg poursuivre jusqu'à la réévaluation de la décroissance avec médecin

1 cp 20 mg + 1/2 cp 20 mg

1 cp 20 mg + 1 cp 5 mg

1 cp de 20 mg

3 cp 1/2 de 5 mg

3 cp de 5 mg

2 cp 1/2 de 5 mg

Le 17/08/2023

Dr Benoît FERMENT

RPPS :

Hôpital Européen Georges Pompidou

Médecine Interne - Geriatrie

Hôpital de jour

Tel : 01 56 09 27 93 - Fax : 01 56 09 27 97

FINESS : 750803447

**Prednisone arrow®**  
20 mg



**Prednisone arrow®**  
20 mg



**BIOGARAN**



**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-CAMAZ-GANDORME JACQUE  
Code Op: 3  
Malade: NASSIRI AICHA  
37310 CIGOGNE

QTE	DESIGNATION	CIP	Prix/U	BaseSS	HD	TxS
2	PREDNISONE 20MG	3400936523418	2.40	-	1.02	0
	ARROW CPR SEC 20		Ordo: 85696		Lot: PL2022006A	
3	PREDNISONE BIOGA	3400936519275	1.89	-	1.02	0
	RAN 5 MG CPR SEC		Ordo: 85697		Lot: 30421A	
1	Honor. dispens.		0.51	-		0
	HDR					

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 relevé de prestations.



Identification du prescripteur N° Finess 750803447  
Hôpital Européen Georges Pompidou  
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



certifié  
N°60-3937

NASSIRI  
AICHA  
Né(e) le : 29/06/1958 - 65 ans  
Sexe : Féminin

FINESS géographique : 75



EXP  
Lot

SN 92548371674771  
10.2025  
2134711



METHOTREXATE en comprimé : 15 mg par semaine le vendredi

ACIDE FOLIQUE 5 mg : 3 comprimés par semaine le dimanche

UVEDOSE 50 000 UI : 1 ampoule tous les semaines pendant 2 mois puis une ampoule tous

QSP 2 mois



LOT H073 LOT H073 LOT H073  
EXP 30-04-2026  
PC 03400 PC 03400 PC 03400930195642  
SN 8159 SN 51830 SN 58630563417289

Le 24/08/2023  
Dr Benoît FERMENT  
RPPS :  
Hôpital Européen Georges Pompidou  
Médecine Interne  
Service des consultations  
Professeur Jacques POUCHOT  
Chef de Service  
20 rue Leblanc  
75908 PARIS Cedex 15

Uvédose 50 000 UI  
CHOLÉCALCIFÉROL (VITAMINE D3)  
Solution buvable en ampoule

LOT H073 LOT H073 LOT H073  
EXP 30-04-2026  
PC 03400 PC 03400 PC 03400930195642  
SN 8524 SN 3320 SN 37377652414713

Uvédose 50 000 UI  
CHOLÉCALCIFÉROL (VITAMINE D3)  
Solution buvable en ampoule

DESIGNATION CIP Prix/Unité Base SS HD TSS  
METH 10 MG CPR 3400938974041 8,15 - 1,02 0  
EC PILUL/10 Ordo: 85771 Lot: 2134711  
G MYLAN CPR 20 3400930213865 1,33 - 1,02 0  
UVEDOSE 50 000UI 3400930195642 1,24 - 1,02 0  
TIMABAK 0,5 % CO Ordo: 85772 Lot: H073  
LLYRE SOL FL/5ML 3400934043185 5,71 - 1,02 0  
Honor. dispens. 1 Honor. dispens. 0,51 - 0 0  
Honor. dispens. 1 Honor. dispens. 3,57 - 0 0  
MONTANT ASSURE : 0,00  
MONTANT AMO : 51,93  
MONTANT TOTAL : 51,93  
Ces montants s'entendent avant application de la franchise prévue à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale et indiquée sur le relevé de prestations.

LOT H073 LOT H073  
EXP 30-04-2026  
PC 03400930195642  
SN 8641055SN 4633668

Acide Folique  
5 mg

20 x FO

Lot 23009  
EXP 06 2025

Acide Folique Viatri  
5 mg

20 x FO

Lot 23009  
EXP 06 2025

Uvédose 50 Uvédose 50 000 UI  
CHOLÉCALCIFÉROL (VITAMINE D3)  
Solution buvable en ampoule

ACIE DU BOURG DU FAU  
Reignac sur Indre  
Date Ord. : 24/08/2023  
Date Fact. : 25/08/2023  
Fact. Num. : 58732  
Medecin: POUCHOT-CAMOUZ-GANDORME JACQUE  
Code Op: 3  
Malade: NASSIRI AICHA  
37310 CIGOGNE



## TITRE - FORFAIT TECHNIQUE

ACTES D'IMAGERIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE NUCLEAIRE  
ACTES DE SCANOGRAPHIE753  
X 035ASSURANCE  
MALADIE

- 1<sup>er</sup> 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		RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) (1)	
NOM	SAS IMAGERIE 37 - VINCI	NUMERO D'IMMATRICULATION	
ADRESSE	7 AV DU PR ALEXANDRE MINKOWSKI	NOM PATRONYMIQUE (nom de naissance)	NASSIRI
Téléphone	37170 CHAMBRAY LES TOURS	NOM D'USAGE (facultatif) (nom d'époux(se), veuf(ve) divorcée ou autre parent)	
N° de l'établissement ou de la société	370007668	PRENOMS	Aïcha
N° de l'appareil ou N° d'agrément	2200123	ADRESSE	10 RUE DE REIGNAC
Date d'installation	29/08/2022		37310 CIGOGNE
Puissance ou classe de l'appareil	3	CODE ORGANISME D'AFFILIATION (1)	
Tarification du forfait technique	n° d'ordre de l'examen (3) 5755	NOM ET ADRESSE DE L'ORGANISME DE PAIEMENT	
normal <input checked="" type="checkbox"/>	Montant en euros 93,03		
réduit <input type="checkbox"/> (3)			
REMBOURSEMENT (2)		RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE (1)	
<input type="checkbox"/> A L'EXPLOITANT <input checked="" type="checkbox"/> A L'ASSURE(E)		Droits jusqu'au	
N° de compte postal, bancaire ou de Caisse d'Epargne et intitulé :		S'agit-il d'un accident ? <input type="checkbox"/> OUI Date <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>	
		Le malade est-il hospitalisé ? <input type="checkbox"/> OUI Date d'hospitalisation <input type="checkbox"/>	
IDENTIFICATION DU MEDECIN AYANT EFFECTUE L'ACTE		NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT	
NOM-Prénom	Docteur MOREAU Laurence		
ADRESSE	60 rue Blaise Pascal		
Téléphone	OPTAM		
	Secteur 1		
	37000 TOURS		
NUMERO D'IDENTIFICATION	3717 6 35 66	SI LE MALADE N'EST PAS L'ASSURE(E)	
Date de l'acte	14/08/2023	NOM PATRONYMIQUE NASSIRI	
		PRENOM Aïcha Date de naissance 29/06/1958	
		Lien avec l'assuré(e)	
		<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre membre de la famille	
		<input type="checkbox"/> Personne vivant maritalement avec l'assuré(e)	
SIGNATURE DE L'EXPLOITANT	SIGNATURE DU MEDECIN	J'atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements portés ci-dessus	
		SIGNATURE DE L'ASSURE(E)	
La loi rend passible 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).		(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 1<sup>er</sup> août 1991.

CNAMTS 631-12-01





N° 12541 \*02

## feuille de soins - médecin

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

numéro de facture (facultatif)

2 3 0 8 1 7 8 3 5

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

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

## IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

IL GRIM VINCI

7 AV. DU PR A. MINKOWSKI

37170 CHAMBRAY LES TOURS

Tel:02.47.70.60.50

=&gt; 37 1 76356 6

0

CAB

2

CONV

20

ZISD

0

IK

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

A

A

A

## MATERNITE

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

J

J

M

M

A

A

A

A

A

A

## AT/MP

numéro

ou

date

J

J

M

M

A

A

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 M.D.	nbre	I.K. montant ③
1 4 0 8 2 0 2 3	Z B Q H 0 0 1 1	1		Z 4	40,86€	DM			
1 4 0 8 2 0 2 3	Z C Q H 0 0 1 1	1		Z 4	81,71€	DM			
1 4 0 8 2 0 2 3	Y Y Y Y 6 0 0 1	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 actessignature 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 8 janvier 1978 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.





# IMAGERIE 37

**Docteur Laurence MOREAU**

N°RPPS : 10002042488

N°Agrément : 37 1 75272 6

I37AGU

Le 10/08/23

**Madame ASSIRI 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 Chambrey Les Tours

SIGNATURE

(1) Conseil professionnel de la radiologie française. Charte de téléradiologie. Paris: CPRF; 2018.  
[https://www.fnmr.org/uploads/documents/1546523410\\_2\\_018%20Charte-teleradio-VF-Diffusion-AdherentsG4\\_2018-12-28.pdf](https://www.fnmr.org/uploads/documents/1546523410_2_018%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 :**

- |  |                              |   |
|--|------------------------------|---|
| - Avez-vous une maladie rénale ?   | oui <input type="checkbox"/> | non <input checked="" type="checkbox"/> |
| - Etes-vous diabétique ?   | oui <input type="checkbox"/> | non <input checked="" type="checkbox"/> |
| - Avez-vous de l'hypertension artérielle ?                                   | oui <input type="checkbox"/> | non <input checked="" type="checkbox"/> |
| - Etes-vous actuellement sous traitement par chimiothérapie pour un cancer ? | oui <input type="checkbox"/> | non <input checked="" type="checkbox"/> |

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

**UN DOSAGE DE LA CREATININE 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)



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

**Madame <sup>N</sup>KASSIRI Aïcha**  
**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 Maîtrisée (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.**