

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.



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
05/12/23	GS		<p style="text-align: center;">  Amine Bahloul Cabinet Médical Médecin Spécialiste en Gynécologie - Infertilité 100% Assurance Santé 100% Sénior Tel : 05 29 38 33 00 05 29 38 33 00 05 29 38 33 00 05 29 38 33 00 </p>	

EXECUTION DES ORDONNANCES

PHARMACIE SITBON 146, Rue de Rennes 75006 PARIS	Date	Montant de la Facture
24 JAN. 2024	21,43	50,17 € & 24/01/24

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
 Dr. Amine Boustani Cabinet Médical Santéjam Gynécologie - Infertilité 100, Bd Ibn Sina - 1er étage - Tel : 05 22 36 03 00 05170753	05/12/23	Echo	 Dr. Amine Boustani Cabinet Médical Santéjam Gynécologie - Infertilité 100, Bd Ibn Sina - 1er étage - Tel : 05 22 36 03 00 05170753

AUXILIAIRES MEDICAUX

S - Dr MILLISCHER-BELAIS Cabinet de radiologie du personnel	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
06 électro-radiologie 136 bis rue Biomet 75015 Paris 01 79 36 10 00 01 79 36 10 00 75 1 73502 8	24/01/24			INR	M	06 01 24 136 bis rue Biomet 75015 Paris 01 79 36 10 00 01 79 36 10 00 75 1 73502 8
	24/01/24			Scanner		

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

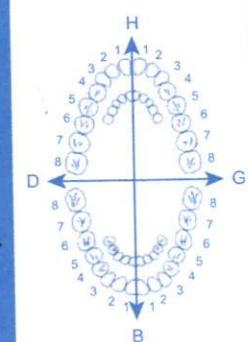
Important :

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
	P



(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Amine BITITI

Ancien chef de clinique à la faculté de médecine de Paris
Hôpital COCHIN - Port Royal
Praticien attaché à l'Hôpital Universitaire Internationale Cheikh Khalifa
CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE
SPECIALISTE EN MEDECINE DE LA REPRODUCTION



Cabinet Médical santéfam
100, Boulevard Ibnou Sina Casablanca
Fixe : + 212 522 36 03 03
Portable : + 212 661 79 18 39
aminebititi@gmail.com

CASABIANCA, le 05/12/2023

N° CPAM :
N° RPPS :
Email :

ORDONNANCE

SHEMSI BEKKARI né(e) le 01.11.2006

- 1) IRM Pelvienne: Suspicion d'une endométriose pelvienne: DM côtée à . DP côtée à . DPC côtée à .

*SELAS - Dr MILLISCHER-BELAICHE A.E
06 électroradiologue
136 bis rue Blomet
75015 Paris
01 79 36 10 80
75 1 73502 8*

Docteur Amine BITITI

*Dr. Amine BITITI
Cabinet Médical Santéfam
Gynécologie - Infertilité
100, Bd Ibn Sina - Tel : 05 22 36 03 03
091170757*

IMAGERIE PARIS MEDICALE CENTRE

Clinique Blomet - Service Imagerie

136 rue Blomet

75015
PARIS
01 40 45 37 04

Paris, le 06/12/2023

Mademoiselle BEKKARI Shemsi

Vous avez rendez-vous le **Mercredi 31 Janvier 2024 à 10H00**
Avec le **Docteur A. MILLISCHER-BELLAICHE** pour un examen IRM.

Merci de vous présenter 15 min avant votre RDV

Vous devez acheter en pharmacie au moins 24 heures avant l'examen (pour faire la préparation). Ce document vous sert d'ordonnance :

- 1 GLUCAGEN 1mg/IM** (*à maintenir au frais et à apporter le jour de l'examen*)
- MICROLAX CANULE**

Merci de confirmer votre RDV 48h00 avant au 01 79 36 10 33

Se munir :

- La carte vitale mise à jour ou l'attestation de la carte vitale.
- Vos anciens examens radiologiques (Radio, échographies, scanner.....)
- L'ordonnance délivrée par votre médecin
- **Prise en charge honoraire radiologue**
 - L'attestation CMU, AME pour les patients bénéficiant de cette prise en charge
 - **ou**
 - Prévoir un règlement de : 220€ (69,75€ tarif sécurité sociale + 15 0,25€ de dépassement d'honoraire)

PREPARATION :

- **A JEUN STRICT** : Ni boire, ni manger, ni fumer 4 heures avant le rendez-vous.
- **MICROLAX CANULE** : *à faire la veille au soir pour les rendez-vous du matin et le matin pour les rendez-vous du soir.*

ATTENTION : prévoir une collation à consommer sur place suite à l'examen (boisson sucré, barre chocolaté,...ect)

MERCI DE NOUS SIGNALER

- PACEMAKER (pile cardiaque) – si valve cardiaque apporter les références.
- SI VOUS ETES SUCEPTIBLE D'ETRE ENCEINTE

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 pharmacien ou votre fournisseur, celui-ci remplira l'ensemble de cette rubrique, sur présentation de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne.

Si vous payez votre pharmacien ou votre fournisseur, celui-ci indiquera uniquement vos nom et prénom, dans la zone prévue, selon vos indications ou au vu des informations portées dans votre carte Vitale ou sur l'attestation papier qui l'accompagne.

Les autres zones seront remplies par vous même (*le code de l'organisme de rattachement n'est pas à préciser*).

- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous êtes **assuré(e) social(e)**, inscrivez seulement :
 - votre **numéro d'immatriculation** (en vous aidant de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne).
- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous n'êtes pas **assuré(e) social(e)**, indiquez :
 - 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 compléter par votre pharmacien ou votre fournisseur, y compris le numéro de facture qui est une zone facultative destinée à son usage.

- * • 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 en rapport avec un accident causé par un tiers, précisez-le lui ainsi que la date de cet accident. Ces renseignements doivent **obligatoirement** figurer sur la feuille de soins car ils permettent à l'assurance maladie de récupérer les frais relatifs à l'accident auprès de l'assureur concerné.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident du travail, dont vous avez été victime, ou avec une maladie professionnelle, présentez-lui la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle qui vous a été remise par votre employeur ou par votre organisme d'assurance maladie.

Recommandations importantes :

Le double de votre prescription médicale doit être joint à l'envoi de votre feuille de soins (sauf en cas de renouvellement, ou s'il a été joint à la demande d'accord préalable).

Prévenez votre organisme d'assurance maladie en **cas de changement intervenant dans votre situation**, par exemple :

- **changement de compte** bancaire, postal ou de caisse d'épargne : adressez-lui le relevé d'identité correspondant.
- **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, **n'oubliez pas** également d'indiquer **votre nouvelle adresse sur la feuille de soins**.

* **Si le pharmacien ou le fournisseur 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.

joindre la prescription
sauf si renouvellement**feuille de soins
pharmacien ou fournisseur**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)

390007

date J J M M 24012024

PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)**PERSONNE RECEVANT les SOINS** (*la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur*)nom et prénom BEKKARI SHEMSI
(*nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)*)

numéro d'immatriculation

date de naissance J J M M A A A A 1

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

1 rue des orangers 0000 MAROC

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR**IDENTIFICATION de la STRUCTURE**

SITBON Laurence

PHARMACIE BLOMET CONVENTION
182 rue de la Convention
75015 PARIS
752039834**PHARMACIEN REMPLACANT**

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé**IDENTIFICATION du PRESCRIPEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce**

nom et prénom MEDECIN Paris

raison sociale

identifiant

n° de la structure
(AM, FINES ou SIRET) 751999996**CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS**date de la prescription médicale 24012024 date de l'accord préalable (*le cas échéant*) J J M M A A A A **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 "/*"*
et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non

XX

oui date J J M M A A A A

AT/MP	numéro	ou	date
PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES			
Prest. tarification	CIP/Ref. LPP(Ut)	Homeo Decon- c. lab dition.	PU Mt Fact Libellé
PH7	3400935109484	1 2,01	2,01 SODIUM CHL 0,9% COOPER
HD7		1 1,02	1,02 Honor. dispens. HD7
PH7	3400930187883	1 45,61	45,61 OPTIJECT 350MG/ML VANT
HD7		1 1,02	1,02 Honor. dispens. HD7
HDR		1 0,51	0,51 Honor. dispens. HDR
imprimer les codes à barres			
ou coller les étiquettes de la liste des produits et prestations dans l'ordre de la prescription			

PAIEMENT 5 0 , 1 7**MONTANT TOTAL**
en euros

, ,

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire **PHARMACIE BLOMET CONVENTION** l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

SELARL Pharmacie SITBON

SITBON Laurence

75015 PARIS - Tel 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

Tél 01 48 28 46 89

Fax 01 48 28 46 89

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 pharmacien ou votre fournisseur, celui-ci remplira l'ensemble de cette rubrique, sur présentation de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne.

Si vous payez votre pharmacien ou votre fournisseur, celui-ci indiquera uniquement vos nom et prénom, dans la zone prévue, selon vos indications ou au vu des informations portées dans votre carte Vitale ou sur l'attestation papier qui l'accompagne.

Les autres zones seront remplies par vous-même (*le code de l'organisme de rattachement n'est pas à préciser*).

- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous êtes **assuré(e) social(e)**, inscrivez seulement :
 - votre **numéro d'immatriculation** (en vous aidant de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne).
- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous n'êtes pas **assuré(e) social(e)**, indiquez :
 - 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 compléter par votre pharmacien ou votre fournisseur, y compris le numéro de facture qui est une zone facultative destinée à son usage.

- * • 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 en rapport avec un accident causé par un tiers, précisez-le lui ainsi que la date de cet accident. Ces renseignements doivent **obligatoirement** figurer sur la feuille de soins car ils permettent à l'assurance maladie de récupérer les frais relatifs à l'accident auprès de l'assureur concerné.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident du travail, dont vous avez été victime, ou avec une maladie professionnelle, présentez-lui la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle qui vous a été remise par votre employeur ou par votre organisme d'assurance maladie.

Recommandations importantes :

Le double de votre prescription médicale doit être joint à l'envoi de votre feuille de soins (sauf en cas de renouvellement, ou s'il a été joint à la demande d'accord préalable).

Prévenez votre organisme d'assurance maladie en **cas de changement intervenant dans votre situation**, par exemple :

- **changement de compte** bancaire, postal ou de caisse d'épargne : adressez-lui le relevé d'identité correspondant.
- **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, **n'oubliez pas** également d'indiquer **votre nouvelle adresse sur la feuille de soins**.

* **Si le pharmacien ou le fournisseur 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.



IMAGERIE
MEDICALE
PARIS CENTRE

FACTURE PATIENT(E)

Mlle BEKKARI SHEMSI
né(e) le : 01/11/2006
1 RUE DE ORANGERS

00000 CASABLANCA

Dossier : 172401240026 / 5573767
Date de l'examen : Le 24 Janvier 2024
Site de l'examen : SCANNER BLOMET
136 bis rue Blomet
75015 PARIS

Nom de l'assuré(e): BEKKARI Shemsi
N° de SS: -

Caisse :
Date du dossier: 24/01/2024

Radiologue: Dr. MILLISCHER-BELLAICHE Anne-Elodie
N°ADELI: 751735028

Code Acte	Code Regroupe	Activité	Modificateurs	Association	Base	Dépassement	Montant
ZCQH001	ADI	1	Z		58,58 €	60,67 €	119,25 €
YYYY600	ADI	1			0,75 €	0,00 €	0,75 €
Montant Total des Actes :							120,00 €

Montant réglé par le Patient : 120,00 €

Réglé le 24/01/2024
SAS IMAGERIE MEDICALE
136 bis rue Blomet
75015 PARIS 24
Siret : 852 002 104 00010 - APF 7010Z.



IMAGERIE MÉDICALE PARIS CENTRE

FACTURE PATIENT(E)

Patient : Madame BEKKARI Shemsi
né le : 01/11/2006

Site de l'examen : RADIOLOGIE BLOMET
136 rue Blomet
75015 PARIS

Examen réalisé : Scanner Abdomino/Pelvien
Date de l'examen : 24/01/2024

Radiologue: DOCTEUR MILLISCHER

Forfait technique

Montant réglé par le Patient : 95 €

Réglé le 24/01/2024

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),
DU ANNE ELODIE MITSCHER BERLAGE
- si vous êtes la personne recevant les soins mais pas l'assuré(e), écrivez :
- votre numéro d'immatriculation,
MARIA ANGELA DE JESÚS LIMA
- ou (si celui-ci ne vous a pas été communiqué),
EDUARDO GARCIA
- votre date de naissance,
1962-01-01
- 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.

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

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

numéro de facture (facultatif)

N° 12541*02

Facture N° 000339693 - PAPIER - Dossier N° 172401240026(accnumb:5573767)

date J J M M A A A A

24/01/2024

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

nom et prénom BEKKARI SHEMSI

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

numéro d'immatriculation

date de naissance J 01112006 A A A A

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

(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)

1 RUE DE ORANGERS 00000 CASABLANCA

IDENTIFICATION DU MEDECIN

Dr ANNE ELODIE MILLISCHER BELLAICHE

06 RADIODIAGNOSTIC ET IMAGERIE MEDICALE

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

136 BIS RUE BLOMET

75015 PARIS

=> 75 1 69631 1 00 3 31 0 06 n°AM

MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

CONVENTIONNE HONO. LIBRES

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

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers :

non

X

date

J J

M M

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

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

BITITI Amine

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	frais de déplacement		
						dépass.	I.D. ②	I.K. M.D. nbre montant ③
J 24012024	ZCQH001	1	Z		58,58	60,67		
J 24012024	YYYY600	1			0,75			
J J M M A A A A								
J J M M A A A A								

P A Y M E N T

MONTANT TOTAL
en euros (14)

120,00

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 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.



Dr Anne-Elodie MILLISCHER-BELLAICHE

Ancien interne et Chef de Clinique
Assistant des Hôpitaux de Paris
Praticien Hospitalier à l'Hôpital Necker

**IMAGERIE
MEDICALE
PARIS CENTRE**

N°ADELI : 751735028

Récupérez votre Compte-rendu et images en ligne :

Cliquez sur «Accès résultats» dans la page d'accueil de notre site www.impc.fr, ensuite sur Accès Patients. Vous pourrez imprimer le compte-rendu de votre examen du 24/01/2024, avec :

- Votre numéro de dossier: 337524.557376
- Votre date de naissance

SCANNER BLOMET

136 bis rue Blomet
75015 PARIS

0148284447

SCANNER IRM RADIOLOGIE ECHOGRAPHIE

COROSCANNER
COLOSCOPIE
VIRTUELLE
ARTHRO-SCANNER
DENTASCANNER
NEURO-IMAGERIE
IMAGERIE DU SPORT
ARTHRO-IRM
ECHOGRAPHIE
MAMMOGRAPHIE
TOMO SYNTHÈSE
DOPPLER
INFILTRATION
GYNECO-OBSTETRIQUE
OSTEO-DENSITOMETRIE
EOS
BIOPSIE
RADIOFRÉQUENCE
PULSEE

www.impc.fr

Patient : BEKKARI SHEMSI Née BEKKARI
Le 24/01/2024 24/01/2024 24/01/2024 24/01/2024 24/01/2024 24/01/2024 24/01/2024 24/01/2024 24/01/2024

Née le : 01/11/2006 N°ordre : 5573767 FT
5573767557376755737675573767557376755737675573767557376755737675573767557376755737675573767557376755737675573
7675573767557376755737675573767557376755737675573767557376755737675573767557376755737675573767557376755737675573

Prescripteur :

AnM



Dr Anne-Elodie MILLISCHER-BELLAICHE

Ancien interne et Chef de Clinique

Assistant des Hôpitaux de Paris

Praticien Hospitalier à l'Hôpital Necker

**IMAGERIE
MÉDICALE
PARIS CENTRE**

N°ADELI : 751735028

Récupérez votre Compte-rendu et images en ligne :

Cliquez sur «Accès résultats» dans la page d'accueil de notre site www.impc.fr, ensuite sur Accès Patients. Vous pourrez imprimer le compte-rendu de votre examen du 24/01/2024, avec :

- Votre numéro de dossier: 337524.5573767
- Votre date de naissance

**SCANNER
BLOMET**

136 bis rue Blomet
75015 PARIS
0148284447

**SCANNER
IRM
RADIOLOGIE
ECHOGRAPHIE**

COROSCANNER
COLOSCOPIE
VIRTUELLE
ARTHRO-SCANNER
DENTASCANNER
NEURO-IMAGERIE
IMAGERIE DU SPORT
ARTHRO-IRM
ECHOGRAPHIE
MAMMOGRAPHIE
TOMO SYNTHESE
DOPPLER
INFILTRATION
GYNECO-OBSTETRIQUE
OSTEO-DENSITOMETRIE
EOS
BIOPSIE
RADIOFREQUENCE
PULSEE

www.jmpe.fr

An axial CT scan of the abdomen. The liver is significantly enlarged and shows a large, well-defined, heterogeneously hyperdense (bright) lesion in the right lobe, which appears to be a hemangioma. The surrounding liver parenchyma is relatively normal. A small orange arrow points to the lesion.



Dr Anne-Elodie MILLISCHER-BELLAICHE

Ancien interne et Chef de Clinique

Assistant des Hôpitaux de Paris

Praticien Hospitalier à l'Hôpital Necker

**IMAGERIE
MEDICALE
PARIS CENTRE**

NºADELI : 751735028

Récupérez votre Compte-rendu et images en ligne :

Cliquez sur «Accès résultats» dans la page d'accueil de notre site www.impc.fr, ensuite sur Accès Patients. Vous pourrez imprimer le compte-rendu de votre examen du 24/01/2024, avec :

- Votre numéro de dossier:
337524.5573767
- Votre date de naissance

**SCANNER
BLOMET**

136 bis rue Blomet
75015 PARIS

0148284447

SCANNER
IRM
RADIOLOGIE
ECHOGRAPHIE

COROSCANNER
COLOSCOPIE
VIRTUELLE
ARTHRO-SCANNER
DENTASCANNER
NEURO-IMAGERIE
IMAGERIE DU SPORT
ARTHRO-IRM
ECHOGRAPHIE
MAMMOGRAPHIE
TOMO SYNTHESE
DOPPLER
INFILTRATION
GYNECO-OBSTETRIQUE
OSTEO-DENSITOMETRIE
EOS
BIOPSIE
RADIOFRÉQUENCE
PULSEE

www.impc.fr

Dr L. BELLAÏCHE – Dr A. BELLUCCI – Dr P. BENSAÏD – Dr P. BIENVENOT – Dr C. BORDONNE – DR DE LA VILLE COURGETTE, Israël

Dr M. GIWERC - Dr R-M. HADDAD - Dr A. HAKIME - Dr B. JEAN - Dr N. JOMAAH - Dr A-E. MILLISCHER - Dr D. PETROVER - Dr J. SILVERA - Dr B. TUH - Dr C. YANA



Dr Anne-Elodie MILLISCHER-BELLAICHE

Ancien interne et Chef de Clinique

Assistant des Hôpitaux de Paris

Praticien Hospitalier à l'Hôpital Necker

IMAGERIE
MEDICALE
PARIS CENTRE

N°ADELI : 751735028

Récupérez votre Compte-rendu et images en ligne :

Cliquez sur «Accès résultats» dans la page d'accueil de notre site www.impc.fr, ensuite sur Accès Patients. Vous pourrez imprimer le compte-rendu de votre examen du 24/01/2024, avec :

- Votre numéro de dossier: 337524.5573723
- Votre date de naissance

IRM BLOMET

136 BIS RUE
BLOMET
75015 PARIS

SCANNER
IRM
RADIOLOGIE
ECHOGRAPHIE

COROSCANNER
COLOSCOPIE
VIRTUELLE
ARTHRO-SCANNER
DENTASCANNER
NEURO-IMAGERIE
IMAGERIE DU SPORT
ARTHRO-IRM
ECHOGRAPHIE
MAMMOGRAPHIE
TOMO SYNTHÈSE
DOPPLER
INFILTRATION
GYNECO-OBSTETRIQUE
OSTEO-DENSITOMETRIE
EOS
BIOPSIE
RADIOFREQUENCE
PULSEE

www.impc.fr

Patient : BEKKARI SHEMSI Né(e) Née BEKKARI

Le 24/01/2024

Né(e) le : 01/11/2006

N°ordre : 5573723 FT 557372355737235573723

Prescripteur : Docteur BITITI Amine

SaS

injection de produit de contraste (Nutcracker).

Docteur Anne-Elodie MILLISCHER-BELLAICHE



Dr Anne-Elodie MILLISCHER-BELLAICHE

Ancien interne et Chef de Clinique
Assistant des Hôpitaux de Paris
Praticien Hospitalier à l'Hôpital Necker

IMAGERIE
MEDICALE
PARIS CENTRE

N°ADELI : 751735028

Récupérez votre Compte-rendu et images en ligne :

Cliquez sur «Accès résultats» dans la page d'accueil de notre site www.impc.fr, ensuite sur Accès Patients. Vous pourrez imprimer le compte-rendu de votre examen du 24/01/2024, avec :

- Votre numéro de dossier : 337524.5573723
- Votre date de naissance

IRM BLOMET

136 BIS RUE
BLOMET
75015 PARIS

SCANNER IRM RADIOLOGIE ECHOGRAPHIE

COROSCANNEUR
COLOSCOPIE
VIRTUELLE
ARTHRO-SCANNER
DENTASCANNER
NEURO-IMAGERIE
IMAGERIE DU SPORT
ARTHRO-IRM
ECHOGRAPHIE
MAMMOGRAPHIE
TOMO SYNTHÈSE
DOPPLER
INFILTRATION
GYNECO-OBSTETRIQUE
OSTEO-DENSITOMETRIE
EOS
BIOPSIE
RADIOFREQUENCE
PULSEE

www.impc.fr

Patient : BEKKARI SHEMSI Né(e) Née BEKKARI

Le 24/01/2024

Né(e) le : 01/11/2006

N°ordre : 5573723 FT 557372355737235573723

Prescripteur : Docteur BITITI Amine

SaS

EXAMEN PAR RESONNANCE MAGNETIQUE PELVIEN

CONTEXTE CLINIQUE :

Bilan de dysménorrhées significatives chez une jeune fille de 17 ans.

TECHNIQUE :

Séquences sagittale, axiale T2, axiale T1 FAT SAT, coronale T2 TRUFFI.

RESULTAT :

1/ Utérus rétroversé, rétrofléchi, mesurant 7,3 cm de hauteur x 4 cm d'épaisseur x 5 cm de largeur.

L'endomètre mesure 12 mm, il est régulier.

- mesure de la zone jonctionnelle : Min : 2 mm / Max : 3 mm
- mesure du myomètre : 18 mm
- ratio ZJ/Myomètre : inférieur à 40 %
- présence de spots hyperintenses T2 : non
- adénomyose focalisée externe : non

2/ Pas de lésion sous-péritonéale postérieure.

Ligaments utéro-sacrés et cul-de-sac vaginal postérieur fins.

3/ Pas de lésion vésicale ou recto-sigmoïdienne.

4/ Ovaire droit : 3,5 x 2 cm, CFA : 10 follicules infra-centimétriques.

Pas de masse annexielle.

Ovaire gauche : 3,5 x 3 cm, corps jaune de 20 mm, CFA : 15 follicules infra-centimétriques.

Formation liquidienne para-ovarienne gauche de 1 cm compatible avec un kyste paratubaire.

6/ On note la présence de nombreuses varices pelviennes prédominant à gauche, les diamètres mesurant entre 8 et 12 mm. Il n'est pas retrouvé de dilatation significative de la veine ovarienne gauche. Pas de dilatation rénale.

Pas de lésion de la paroi vésicale.

CONCLUSION:

Pas d'adénomyose diffuse ou focalisée. Pas d'endométriose profonde.

Pas de masse annexielle. Cet examen ne peut éliminer une endométriose superficielle.

Devant la présence de varices pelviennes prédominant à gauche, il conviendra d'éliminer une compression de la veine rénale gauche dans la pince aorto-mésentérique par un scanner avec

IMAGERIE MÉDICALE PARIS CENTRE

FACTURE HONORAIRES

NOM : BEKKARI

PRENOM : SHEMSI

SITE IMAGERIE MEDICALE BLOMET
136bis Rue Blomet 75015 PARIS
01 48 28 44 47

RADIOLOGUE : Dr Anne-Elodie MILLISCHER-BELLAICHE

HONORAIRES : 220 Euros

Règlement par CB

SAS IMAGERIE BLOMET

136bis rue Blomet

75015 PARIS

Siret : 852 002 104 00010 - APE 7010Z

IMAGERIE MÉDICALE PARIS CENTRE

FACTURE

NOM : BEKKARI
PRENOM : SHEMSI

SITE IMAGERIE MEDICALE BLOMET
136bis Rue Blomet, 75015 PARIS
01 48 28 44 47

FORFAIT TECHNIQUE : 175 Euros
Réglement : CB

SAS IMAGERIE BLOMET

136 bis rue Blomet

75015 PARIS

Siret : 852 002 104 00010 - APE 7010Z

IMAGERIE MÉDICALE PARIS CENTRE

Docteur Charles YANA

Ancien Chef de Clinique

Assistant des Hôpitaux de Paris

Attaché à l'Hôpital Saint-Louis

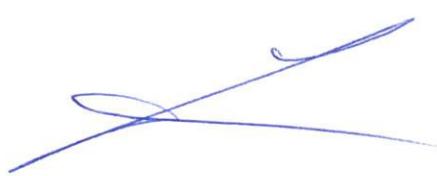
Email : cyan@irm-paris.com

75 1 73526 7

Hélène BEKKARI Shembri

Le 24-01-2024

Faire Scanne Abdomino jeun.



SAS IMAGERIE BLOMET

136 bis rue Blomet

75015 PARIS

Siret : 852 002 104 00010 - APE 7010Z

PHARMACIE BLOMET CONVENTION
182 rue de la Convention
75015 PARIS
752039834
Tel :0148284689
INSEE:
1 rue des orangers

Fact. Num. : 390007
Date Fact. : 24/01/2024
Date Ord. : 24/01/2024
Medecin: MEDECIN Paris
Code Op: 55
Malade:BEKKARI SHENSI
0000 MAROC

QTE	DESIGNATION	CIP	Prix/U BaseSS	HD	TxSS
1	SODIUM CHL 0,9% COOPER 250ML 1	3400935109484	2,01	-	1,02 0
1	OPTIJECT 350MG/M L VANTAGE KIT125	3400930187883	Ordo: 444516	Lot: 19SHAFQ0	45,61 - 1,02 0
1	Honor. dispens. HDR		Ordo: 444517	Lot: 23PJ535A	0,51 - 0

MONTANT TOTAL : 50,17 MONTANT AMO : 0,00
MONTANT ANC : 0,00 MONTANT ASSURE : 50,17
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.



IMAGERIE MEDICALE BLOMET – SCANNER BLOMET
Radiologie Générale, Vasculaire, Interventionnelle, Echographie et Scanner
136bis Rue Blomet, 75015, 01 48 28 44 47

Docteur Charles YANA

Ancien Chef de Clinique

Assistant des Hôpitaux de Paris

Attaché à l'Hôpital Saint-Louis

Email : c.yana@irm-paris.com

75 1 66187 7

Docteur Antoine HAKIME

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Ancien Chef de Clinique à l'Hôpital Beaujon

Praticien hospitalier à l'Institut Gustave-Roussy

(Service de Radiologie Interventionnelle)

Consultant au Royal London Hospital

Email : a.hakime@irm-paris.com

N°ADELI : 751749235

Email : a.hakime@irm-paris.com

AGREEMENT : 75/056/0118/M/01/2006

Paris le

24/01/24

M e BEKKARI - SHEMSI

ORDONNANCE POUR EXAMEN TOMODENSITOMETRIQUE
AVEC INJECTION DE PRODUIT DE CONTRASTE

THORAX – ABDOMEN – PELVIS – UROSCANNER

Optiject 300 ou 350 – 100ml ou 125ml en seringue pré-remplie pour perfuseur électrique

CHLORURE DE SODIUM – IV – 0,9% - 1 bouteille 250ml

LASILIX 20MG/2ML : 1 AMPOULE

SOLUMEDROL 20MG/2ML OU 40MG/2ML

Docteur Charles YANA – Docteur Jonathan SILVERA – Docteur Antoine HAKIME
SAS IMAGERIE BLOMET

136 bis rue Blomet
75015 PARIS
Siret : 852 000 104 00010 - APE 7010Z