

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

### Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

### Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

### Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-718438

119919

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1157 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAMAYED EL MILI Rafik

Date de naissance : 01/08/35

Adresse : 11 Rue de la Mer Baltique, Am Jhal Casablanca

Tél : 0645315315 Total des frais engagés : 158,27 EUROS Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 :

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 : 20/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-718438

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1157  
Nom de l'adhérent(e) : HAMAYED Rafik  
Total des frais engagés : 158,27 EUROS  
Date de dépôt :



| 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 |
|                                |                   |                       |                                 | INP : <input type="text"/>                                     |
| * 14/03/22                     | JRDON POUR        | SCANNER               | P2 Clement                      | Hôpital Européen Georges Pompidou                              |

[illegible]

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES   |      |                                 |                           |
|--|------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du Radiologue   | Date | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>des Honoraires |
| <i>*Facture du 02/06/2022 reçue pour règlement Scanner</i><br><i>effective du 16/03/2022</i><br><i>(voir détail page 2) *RECEPIS Paiement ad</i> |      |                                 |                           |

[illegible]

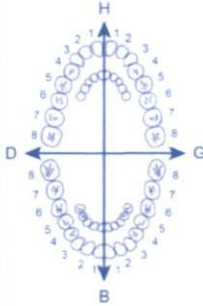
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

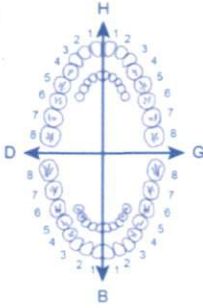
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

| SOINS DENTAIRES   | Dents<br>Traitées | Nature des<br>Soins | Coefficient | INP : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> |
|---|-------------------|---------------------|-------------|--|
|  |                   |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/>                                   |
|   |                   |                     |             |  |
|   |                   |                     |             | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/>  |
|   |                   |                     |             |  |
|   |                   |                     |             | DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/>   |
|   |                   |                     |             |  |
|   |                   |                     |             | FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/>   |
|   |                   |                     |             |  |
|   |                   |                     |             |  |
|   |                   |                     |             |  |

| O.D.F.<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE  | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX   |   |                      |                      |           |  |                      |                      |   |  |  |
|--|---|--|---|----------------------|----------------------|-----------|--|----------------------|----------------------|---|--|--|
|  | <table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412<br/>00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552<br/>00000000</td> </tr> <tr><td colspan="2">D ————— G</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000<br/>35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000<br/>11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table> | H  |   | 25533412<br>00000000 | 21433552<br>00000000 | D ————— G |  | 00000000<br>35533411 | 00000000<br>11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/> |
|  | H   |  |   |                      |                      |           |  |                      |                      |   |  |  |
|  | 25533412<br>00000000  | 21433552<br>00000000   |   |                      |                      |           |  |                      |                      |   |  |  |
|  | D ————— G   |  |   |                      |                      |           |  |                      |                      |   |  |  |
|  | 00000000<br>35533411  | 00000000<br>11433553   |   |                      |                      |           |  |                      |                      |   |  |  |
|  | B   |  |   |                      |                      |           |  |                      |                      |   |  |  |
|  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |  |   |                      |                      |           |  |                      |                      |   |  |  |
|  |   |  | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/> |                      |                      |           |  |                      |                      |   |  |  |
|  |   |  |   |                      |                      |           |  |                      |                      |   |  |  |
|  |   |  | DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/>      |                      |                      |           |  |                      |                      |   |  |  |
|  |   |  |   |                      |                      |           |  |                      |                      |   |  |  |
|  |   |  |   |                      |                      |           |  |                      |                      |   |  |  |
|  |   |  |   |                      |                      |           |  |                      |                      |   |  |  |
|  |   | DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/> |   |                      |                      |           |  |                      |                      |   |  |  |
|  |   |  |   |                      |                      |           |  |                      |                      |   |  |  |
|  |   |  |   |                      |                      |           |  |                      |                      |   |  |  |
|  |   |  |   |                      |                      |           |  |                      |                      |   |  |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Nom, Prénom: **HAMAYET EL MILI, Rafik**

Date de naissance : 07/08/1939

N° patient, sexe : 8012611330, Masculin

Service :

Date d'examen : 16/03/2022 à 12:17

N° examen : S103924580

Scanner SIEMENS SOMATOM DEFINITION FORCE; mise en service le 18/04/2017  
DLP : 319.04 mGy.cm ; CTDI : 8.44 mGy

### ANGIO-SCANNER DE L' AORTE THORACIQUE

#### INDICATION :

Bilan d'un anévrisme de l'aorte ascendante

#### TECHNIQUE :

Synchronisation ECG.

Acquisition sans injection puis après injection de 100cc de IOMERON 350 sur l'aorte thoracique.

#### RESULTATS :

##### • Aorte Thoracique :

Sinus de Valsalva : diamètres sinus à sinus = 34 x 34 x 34 mm

Jonction sino-tubulaire : 36 mm

Aorte tubulaire : 54 mm

Crosse aortique antérieure = 40 mm

Crosse aortique moyenne = paroi mm

Isthme aortique : On peut 43 mm

Aorte descendante moyenne: 33 mm

Aorte diaphragmatique: 33mm

Absence d'athérome d'aspect emboligène. Présence de calcifications modérée sur la thoracique descendante.

Valve aortique tricuspide

##### • TSA :

Origine des troncs supra-aortiques : distribution anatomique modale.

Pas de sténose proximale. Dilatation modérée de l'origine du TABC et.

##### • Structures cardiaques :

##### Coronaires :

Naissance normale des artères coronaires.

Dominance droite.

Absence de lésion sténosante proximale. On note la présence de calcifications très modérée sur les trois troncs coronaires.

L'AP-HP collecte vos données administratives, sociales et médicales en tant que responsable de traitement pour assurer votre prise en charge. Pour en savoir plus et pour exercer vos droits, vous pouvez consulter la politique d'information disponible sur le site web <https://www.aphp.fr/>. L'AP-HP a également créé une base de données (EDS) afin de mener des recherches en santé. Pour en savoir plus sur les projets de recherche, vous pouvez consulter le portail d'information de l'EDS à l'adresse <https://recherche.aphp.fr/eds>. Vous pouvez vous opposer à l'utilisation de vos données pour la recherche, sans vous justifier, en vous adressant au directeur de l'hôpital où vous avez été soigné, ou en remplissant le formulaire d'opposition électronique disponible à l'adresse <https://recherche.aphp.fr/eds/droit-opposition>.





**Ventricule gauche :**

Morphologie : normale.

**Ventricule droit :**

Morphologie : normal

**Péricarde:** fin.

Absence de thrombus intra cavitaire notamment dans l'auricule gauche.

• **Par ailleurs :**

Parenchyme pulmonaire : absence d'image pleuro-parenchymateuse d'allure évolutive

Artères pulmonaires normales.

**CONCLUSION :**

Dilatation de l'aorte ascendante tubulaire dans le diamètre maximal est de 54 mm. La valve est tricuspide.

Pr Elie Mousseaux

Compte-rendu validé le: 16/03/2022 13:39:22 par: Dr Elie Mousseaux



**Hôpital Européen Georges-Pompidou**  
20-40, Rue Leblanc - 75908 PARIS Cedex 15  
Standard : 01.56.09.20.00

## DMU IMAGINA

**NOM :** HAMAYET EL MILI RAFIK

**NIP :** 8012611330

**Date d'examen :** 16/03/2022

**MODALITE :** Scanner

### Service d'imagerie

Secrétariat :  
01.56.09.38.57

Chef de service  
Pr. O. CLEMENT

PU-PH  
Pr. CA. CUENOD  
Pr. L. FOURNIER  
Pr. Ph. HALIMI  
Pr. E. MOUSSEAU

PHU  
Dr. G. SOULAT

PH  
Dr. S. BELAROUSSI  
Dr. A. CHARPENTIER  
Dr. KD. DANG-TRAN  
Dr. AL. GAULTIER  
Dr. C. GRATALOUP  
Dr. G. HAYEK  
Dr. I. KHETTAB  
Dr. C. MUTSCHLER  
Dr. C. ROUSSEAU



<http://hopital-georgespompidou.aphp.fr/>



**QUITTANCE****Nos références**

Compte : 14083584 NIP : 8012611330  
 Réf. : 5339797637 N° d'entrée : 225356843

**Hôpital**

HEGP  
 20-40 RUE LEBLANC  
 75908 PARIS CEDEX 15  
 FINESS : 750803447

Poste : APHP-Paiement en ligne  
 Service : Traitements externes  
 Tel du service :  
 Permanence téléphonique : Ouvertures des caisses du au  
 de à

HAMAYET EL MILI RAFIK  
 84 RUE DE CHARONNE  
 75011 PARIS

NIP



| Patient               | Assuré          | Date de paiement    |          |
|-----------------------|-----------------|---------------------|----------|
| HAMAYET EL MILI RAFIK |                 | 21.06.2022          |          |
| 84 RUE DE CHARONNE    | 739089908132307 | Total montant dû    | 158,27 € |
| 75011 PARIS 11        |                 | Dont TVA            | 0,00 €   |
|                       |                 | Total déjà acquitté | 0,00 €   |
|                       |                 | Montant payé        | 158,27 € |
|                       |                 | Montant annulé      | 0,00 €   |
|                       |                 | Restant dû          | 0,00 €   |

| Code<br>Spéc<br>Tarif<br>DMT / MT | Orig.<br>Pr. | Désignation                  | Majo | Date     | Quantité<br>Coefficient<br>Durée | Tarif<br>unitaire | Marge | Montant<br>à 100% | Taux à<br>votre<br>charge | Dépassement | Montant total TTC<br>à votre charge | Taux<br>TVA |
|-----------------------------------|--------------|------------------------------|------|----------|----------------------------------|-------------------|-------|-------------------|---------------------------|-------------|-------------------------------------|-------------|
| 06                                |              | ADI - ACTES D'IMAGERIE       |      | 16/03/22 | 1,00                             | 50,54             |       | 50,54             | 100,00                    |             | 50,54                               |             |
| 06                                |              | ADI - ACTES D'IMAGERIE       |      | 16/03/22 | 1,00                             | 0,75              |       | 0,75              | 100,00                    |             | 0,75                                |             |
| 035 19                            |              | FTN - FORF. TECH. NORMAL IRM |      | 16/03/22 | 1,00                             | 93,03             |       | 93,03             | 100,00                    |             | 93,03                               |             |
| 035 19                            |              | FTN - FORF. TECH. NORMAL IRM |      | 16/03/22 | 1,00                             | 93,03             |       | 93,03             | 100,00                    |             | 13,95                               |             |

N : nuit ou enfant de moins de 13 ans ; F : Férié ou dimanche ; U : Urgence ;  
 P : Urgence pédiatre ; Z, B, C, D : Majorations de radiographies

Si vous bénéficiez de la Sécurité sociale en France, le tiers-payant est applicable. Vous devez transmettre votre attestation de droits au service dont les coordonnées figurent en haut à gauche du recto de la présente quittance. Votre attestation de droits est disponible sur le site AMELI.

**Mode de règlement**

Carte Bancaire : 158,27 euros

**FACTURE****SOINS EXTERNES****Références à rappeler :**

NIP / IPP : 8012611330 Compte client : 14083584  
 Référence : 5339797637 N° de dossier : 225356843  
 Utilisateur : 3176644

NIP :

**Nom et prénom du patient :****HAMAYET EL MILI RAFIK**

ASSISTANCE  HÔPITAUX  
 PUBLIQUE DE PARIS

**Pour nous contacter :**

HEGP  
 TRAITEMENTS EXTERNES  
 20-40 RUE LEBLANC  
 75908 PARIS CEDEX 15



CI 0576 (B 1) - 156 - 1/1 - 311 - 311 - A - 3206030229004

HAMAYET EL MILI RAFIK  
 84 RUE DE CHARONNE  
 75011 PARIS

**Avez-vous déclaré un médecin traitant ?**

OUI



NON

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

**Grâce au paiement de votre facture,  
 l'accès de tous au service public  
 hospitalier est assuré.**

Le 02.06.2022

Madame, Monsieur,

Vous avez reçu des soins, dont le détail figure au verso de ce document.

Si vous nous transmettez, **avant le 23.06.2022**, les documents justifiant de votre prise en charge par l'assurance maladie ou par une assurance complémentaire (voir liste au verso de ce document), vous pourrez être dispensé de faire l'avance de tout ou partie des frais correspondant à ces soins.

Sinon vous devez nous régler la somme de **158,27 euros avant le 23.06.2022.**

**Comment payer cette facture ?**

**\* Par carte bancaire sur le site internet sécurisé <https://paiement-en-ligne.aphp.fr>**

Ce site de paiement en ligne est sécurisé et accessible 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24

Vos identifiants de connexion sont :

Compte client : **14083584**

Référence : **5339797637**

**\* Par chèque libellé à l'ordre du Trésor Public et adressé par voie postale à l'adresse encadrée en en-tête de cette facture**

**\* Par carte bancaire au guichet** de la caisse de n'importe quel hôpital de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

**\* A défaut d'autre possibilité**, en espèces (billets et pièces en euros) si le montant de votre facture est inférieur à 300 €. Vous pouvez vous présenter auprès de la caisse de n'importe quel hôpital de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

**Merci de joindre la présente facture pour tout paiement en caisse ou par courrier.**

**Une quittance vous sera remise à l'issue de votre paiement pour le justifier.**

**€  
 PAYER EN  
 LIGNE**



## Détail des soins reçus :

| Code<br>Spéc<br>Tarif<br>DMT / MT       | Orig.<br>Pr. | Désignation                | Majo | Date     | Quantité<br>Coefficient<br>Durée | Tarif<br>unitaire | Marge | Montant<br>à 100% | Taux à<br>votre<br>charge | Dépassement | Montant total TTC<br>à votre charge | Taux<br>TVA |
|---|--------------|----------------------------|------|----------|----------------------------------|-------------------|-------|-------------------|---------------------------|-------------|-------------------------------------|-------------|
| 06                                      |              | ADI - ACTES D'IMAGERIE     |      | 16/03/22 | 1,00                             | 50,54             |       | 50,54             | 100,00                    |             | 50,54                               |             |
| 06                                      |              | ADI - ACTES D'IMAGERIE     |      | 16/03/22 | 1,00                             | 0,75              |       | 0,75              | 100,00                    |             | 0,75                                |             |
| 035 19                                  |              | FTN - FORF.TECH.NORMAL IRM |      | 16/03/22 | 1,00                             | 93,03             |       | 93,03             | 100,00                    |             | 93,03                               |             |
| 035 19                                  |              | FTN - FORF.TECH.NORMAL IRM |      | 16/03/22 | 1,00                             | 93,03             |       | 93,03             | 100,00                    |             | 13,95                               |             |
| <b>Montant total TTC à votre charge</b> |              |                            |      |          |                                  |                   |       |                   |                           |             | <b>158,27 €</b>                     |             |

N : nuit ou enfant de moins de 13 ans ; F : Férié ou dimanche ; U : Urgence ;  
P : Urgence pédiatre ; Z, B, C, D : Majorations de radiographies

**Justificatifs à fournir à l'hôpital**, dont l'adresse figure au recto (encadré), pour être dispensé du paiement d'une partie de ces frais :

- \* Photocopie de l'attestation papier de la carte vitale,
- \* Photocopie de la carte ou de l'attestation papier de l'Aide Médicale d'Etat (AME) valable à la date des soins,
- \* Photocopie recto-verso de votre carte mutuelle,
- \* Attestation CMUC,
- \* Photocopie de la feuille de suivi de maternité,
- \* Tout autre document attestant d'une prise en charge spécifique (original du volet accident du travail, invalidité...).





Hôpital européen Georges-Pompidou

20 rue Leblanc, 75908 Paris Cedex 15

**Service de Radiologie**

**Chef de service : Pr Clement**

**N° F.I.N.E.S.S. 750803447**

Bureau des rendez-vous : **01 56 09 38 02**

Email : **rdv.imagerie-egp@aphp.fr**

ASSISTANCE  
PUBLIQUE  HÔPITAUX  
DE PARIS

**Mr Rafik HAMAYET EL MILI**

**84 RUE DE CHARONNE**

**75011 PARIS 11**

**FRANCE**

Paris, le lundi 14 <sup>Mars</sup> février 2022

Madame, Monsieur,

Nous vous confirmons votre rendez-vous de **SCANNER CARDIO-VASCULAIRE**

**le Mercredi 16 Mars 2022 à 11:15**

Cet horaire de rendez-vous tient compte de la préparation.

Merci de vous présenter **15 minutes avant** le rendez-vous afin d'effectuer les démarches administratives.

**Tout retard pourra entraîner une annulation lors de votre arrivée.**

#### **PAS BESOIN d'être à jeun**

**Important :** Si vous souhaitez **modifier ou annuler ce rendez-vous** merci de nous contacter par téléphone au bureau des rendez-vous ou de nous envoyer un **mail**

#### **Le jour de l'examen :**

Présentez-vous au service administratif **POMA C Rez de chaussée porte 38** en face de la cafétéria

Rendez-vous à **l'accueil du service de radiologie au 1<sup>er</sup> étage C** avec les pièces suivantes :

- Ce document
- Votre pièce d'identité
- Votre carte vitale ou attestation de votre centre de sécurité sociale
- Votre carte mutuelle ou votre carte CMU (Couverture de Maladie Universelle) ou votre attestation AME (Aide Médicale de l'Etat)
- Un moyen de paiement (chéquier, carte bancaire, monnaie numéraire = argent liquide)
- N'oubliez pas d'apporter la lettre de votre médecin traitant, vos ordonnances, vos résultats d'examens (analyse de sang, radiographie...), vos étiquettes autocollantes si vous en possédez
- Le Résultat de la prise de sang de **Créatininémie OBLIGATOIRE**
- Le produit de contraste acheté en pharmacie

Pour que votre transport puisse faire l'objet d'un remboursement par l'Assurance Maladie, il doit avoir été prescrit par votre médecin avant la réalisation du trajet. Aucune prescription médicale de transport ne sera établie après.

Pour un accès plus facile à l'hôpital, nous vous conseillons de venir en transport en commun :

- ✓ Tram 3 : Arrêt Pont du Garigliano
- ✓ Bus ligne 42 : Arrêt Hôpital Européen Georges Pompidou
- ✓ Bus ligne 88 : Arrêt Hôpital Européen Georges Pompidou
- ✓ Métro ligne 8 : Arrêt station Balard sortie Hôpital Européen Georges Pompidou
- ✓ RER C : Arrêt Pont du Garigliano

Restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire, je vous prie Madame, Monsieur, de recevoir mes sincères salutations.

LE SECRETARIAT



ASSISTANCE  
PUBLIQUE



HÔPITAUX  
DE PARIS

HÔPITAUX UNIVERSITAIRES PARIS OUEST

Hôpital européen Georges-Pompidou

20 rue Leblanc,

75908 Paris Cedex 15

Service de Radiologie

Chef de service : Pr Clement

Bureau des rendez-vous :

01 56 09 38 02

FAX : 01 56 09 38 37

N° RPPS 10000484476

Paris, le lundi 14 février 2022

NOM : HAMAYET EL MILI

Prénom : RAFIK

Sexe : Masculin

Date de naissance : 07/08/1939

Poids :

L'examen ne pourra être réalisé en l'absence de ces  
produits. LES COMMANDER A L'AVANCE

ORDONNANCE NON SUBSTITUABLE

Vous allez passer un Scanner (TDM), veuillez vous procurer  
en pharmacie :

RECHERCHER les produits suivants dans le service de pharmacie

de la pharmacie de l'hôpital à l'adresse : 255-5 rue de la

pharmacie de l'hôpital de l'adresse : 255-5 rue de la

pharmacie de l'hôpital de l'adresse : 255-5 rue de la

pharmacie de l'hôpital de l'adresse : 255-5 rue de la

pharmacie de l'hôpital de l'adresse : 255-5 rue de la

pharmacie de l'hôpital de l'adresse : 255-5 rue de la

pharmacie de l'hôpital de l'adresse : 255-5 rue de la

pharmacie de l'hôpital de l'adresse : 255-5 rue de la

pharmacie de l'hôpital de l'adresse : 255-5 rue de la

pharmacie de l'hôpital de l'adresse : 255-5 rue de la

pharmacie de l'hôpital de l'adresse : 255-5 rue de la

pharmacie de l'hôpital de l'adresse : 255-5 rue de la

pharmacie de l'hôpital de l'adresse : 255-5 rue de la

pharmacie de l'hôpital de l'adresse : 255-5 rue de la

pharmacie de l'hôpital de l'adresse : 255-5 rue de la

pharmacie de l'hôpital de l'adresse : 255-5 rue de la

pharmacie de l'hôpital de l'adresse : 255-5 rue de la

pharmacie de l'hôpital de l'adresse : 255-5 rue de la

pharmacie de l'hôpital de l'adresse : 255-5 rue de la

pharmacie de l'hôpital de l'adresse : 255-5 rue de la

pharmacie de l'hôpital de l'adresse : 255-5 rue de la

pharmacie de l'hôpital de l'adresse : 255-5 rue de la

pharmacie de l'hôpital de l'adresse : 255-5 rue de la

pharmacie de l'hôpital de l'adresse : 255-5 rue de la

pharmacie de l'hôpital de l'adresse : 255-5 rue de la

pharmacie de l'hôpital de l'adresse : 255-5 rue de la

**OMERON 350 : 1 Flacon de 150 ml**

Code CIP 3400933794606



HAMAYED EL MILI Rafik

Me 1157

—

RAM - Ex Directeur CIAE -

—

Ce dossier "AngioScanner Aortique"

- Examen fait à l'Hôpital Pitié-Salpêtrière  
le 16/03/2022

Pr. Clement -

- Facture reçue en Juin 2022  
c. joint - 158,27 EUROS

- Quittance paiement du 21/06/22

+ CR. Scanner -

21/06/22

