

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

- 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

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 :

07/08/35

Adresse :

11 Rue de la Mer Baltique .
An Driab - Casablanca

Téléphone :

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 : 20/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

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 :

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
INP : <u>14/02/22</u>	<u>JRDON POUR SCANNER</u>	<u>1</u>	<u>100</u>	<u>P2 Clement</u> <u>Hôtel Européen Genève</u> <u>2022</u>

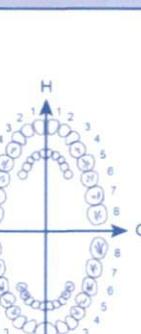
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
*Facture du 02/06/2022 à env pour règlement Scanner effectué le 16/03/2022 vers détarle 06/03/2022 *Reçus et payement en cours			

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES														
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.														
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.														
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées <input type="text"/>	Nature des Soins <input type="text"/>	Coefficient <input type="text"/>										
				INP : <input type="text"/>										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: none;">D</td> <td style="border-top: none;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">I</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	I
H	G													
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B	I													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										



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

Service :

Date de naissance : 07/08/1939

Date d'examen : 16/03/2022 à 12:17

N° patient, sexe : 8012611330, Masculin

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.

Acquisitions 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 tricuspidale

• 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 tricuspidie.

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

D M U I M A G I N A

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. MOUSSEAUX

PHU
Dr. G. SOULAT

PH
Dr. S. BELAROSSI
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-georges-pompidou.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	21.06.2022
HAMAYET EL MILI RAFIK 84 RUE DE CHARONNE 75011 PARIS 11	739089908132307	Total montant dû :	158,27 €
		Dont TVA :	0,00 €
		Total déjà acquitté :	0,00 €
		Montant payé :	158,27 €
		Montant annulé :	0,00 €
		Restant dû :	0,00 €

Code Spéc Tarif DMT / MT	Orig. Pr.	Désignation	Majo	Date	Quantité Coefficient Durée	Tarif unitaire	Marge	Montant à 100%	Taux à votre charge	Dépassement	Montant total TTC à votre charge	Taux 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 pédiatrique ; 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

**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 ?

**PAYER EN
 LIGNE**

*** 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.

Détail des soins reçus :

Code Spec Tarif DMT / MT	Orig. Pr.	Désignation	Majo	Date	Quantité Coefficient Durée	Tarif unitaire	Marge	Montant à 100%	Taux à votre charge	Dépassement	Montant total TTC à votre charge	Taux 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
Montant total TTC à votre charge											158,27 €	

N : nuit ou enfant de moins de 13 ans ; F : Férié ou dimanche ; U : Urgence ;

P : Urgence pédiatrie ; 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



Mr Rafik HAMAYET EL MILI
84 RUE DE CHARONNE
75011 PARIS 11
FRANCE

Paris, le lundi 14 Mars 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^{er} 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 (chèquier, 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



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**



HÔPITAUX UNIVERSITAIRES PARIS OUEST

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 :

OMERON 350 : 1 Flacon de 150 ml

Code CIP 3400933794606

RECEIVED
TUESDAY, APRIL 11, 1978
19780130711005450
SIR JOHN THOMAS
MINTON LTD.
100 BURGESS PLACE
LONDON NW1 2AB
ENGLAND

HAMAYED . ELMILI Rafik

Mk 1157

-

RAM - Ex Directeur CIAE -

Ce dossier "AngioScanner Aortique

- Examen fait à l'Hôpital Pompidou
le 16/03/2022
- Pr Clement -
- Facture reçue en Mai 2022
ci-joint - 158,27 EUROS
- Quittance paiement du 21/06/22

+ CR . Scanner -

21/06/22
PZ