

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.

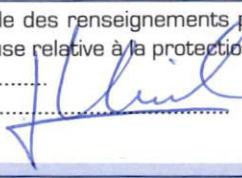
Maladie

Dentaire

Optique

Autres

| | | |
|--|--|----------------------------------|
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | |
| Matricule : <u>1157</u> | Société : <u>Royal Air Maroc</u> | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |
| Nom & Prénom : <u>HAMAYE ELIMILI Rafik 15301</u> | | |
| Date de naissance : <u>07/08/39</u> | | |
| Adresse : <u>11 Rue de la 7^e Baltique. Ain Diab - Casablanca</u> | | |
| Tél. : <u>0645 915 315</u> Total des frais engagés : <u>100,96 EUROS</u> <u>(50,96 € + 250 t + 100 t)</u> | | |

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin | | |
| Cachet du médecin : |  | |
| Date de consultation : | / / | |
| Nom et prénom du malade : | Age: | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint |
| Nature de la maladie : |  | |
| Affection longue durée ou chronique : | <input checked="" type="checkbox"/> ALD | <input type="checkbox"/> ALC |
| Pathologie : | <u>ACCUEIL</u> | |
| 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 : 21/03/2023
Signature de l'adhérent(e) : Rafik

| |
|---|
| VOLET ADHERENT |
| Déclaration de maladie M22- 054791 |
| <u>Corsoyan, Injiri, Tounille</u> |
| Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. |
| Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure. |
| <u>le 25/01/2023 (signature)</u> |
| Coupon à conserver par l'adhérent(e). |
| Matricule : <u>1157</u> |
| Nom de l'adhérent(e) : <u>HAMAYE Rafik</u> |
| Total des frais engagés : <u>100,96 Euros</u> |
| 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|-----------|------------------------------|--|
| Scans artériel Coronaires C. fréquem Tomodens (Pr Achourah) Pr Russas. | 25-1-2023 | | 1400,96 € <u>100€ + 50,96€ + 250€</u> |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

18580

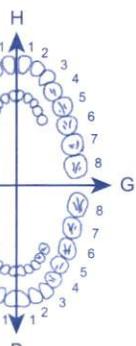
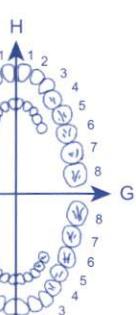
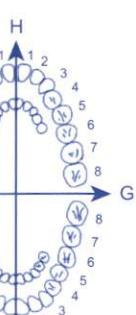
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|---|---|---|-------------|--|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX  |
|  | | | | MONTANTS DES SOINS  |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION  |
| | | | | FIN D'EXECUTION  |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
|  | H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 | 21433552 00000000 G 00000000 11433553 | B | COEFFICIENT DES TRAVAUX  |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS  |
| | | | | DATE DU DEVIS  |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE TOURVILLE

19, Avenue de Tourville 75007 PARIS

Tel. : 01 47 05 02 35 - Fax : 01 47 05 28 92

Docteur Didier BONNEL
Ancien interne et Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux de Paris

Docteur François CORNUD
Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux de Paris Attaché à l'Hôpital Cochin

Docteur Céline COUVIDAT
Ancien Interne et Assistant des Hôpitaux de Paris Attachée à l'H.E.G.P.

Docteur David EISS
Ancien Interne et Chef de Clinique des Hôpitaux de Paris Praticien à l'Hôpital Necker

Docteur Arnaud LEFEVRE
Ancien interne et Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux de Paris

Paris, le 25/01/2023

Mr HAMAYED EMLILI Rafik
07/08/1939
Total DLP=889.84

Docteur Paul ACHOUH
HEGP - Service de chirurgie Cardiaque
20, rue Leblanc
75015 PARIS

SCANNER CORONAIRE

CLINIQUE :

Patient de 83 ans. Remplacement aortique et valvulaire.

TECHNIQUE:

Scanner GE Révolution Evo 64b mis en service en Septembre 2021.

Acquisition hélicoïdale après injection en mode rétrospectif, puis acquisition thoracique low dose (lot n°2261162K).

Protocole d'injection : 80 cc d'Optiject 350 à 7 cc/s pulsé par du sérum 40 cc à 4 cc/s.

FC pendant l'acquisition = 70 bpm.

Examen de qualité optimale, phase d'interprétation = 75% du cycle RR.

RESULTATS :

I – Score calcique :

Le score calcique est égal à 76 .

II – Scanner Coronaire :

Le tronc commun présente une microcalcification extrapariétale non sténosante.

L'IVA présente de rares plaques calcifiées non sténosantes.

La circonflexe présente une petite plaque mixte proximale non sténosante.

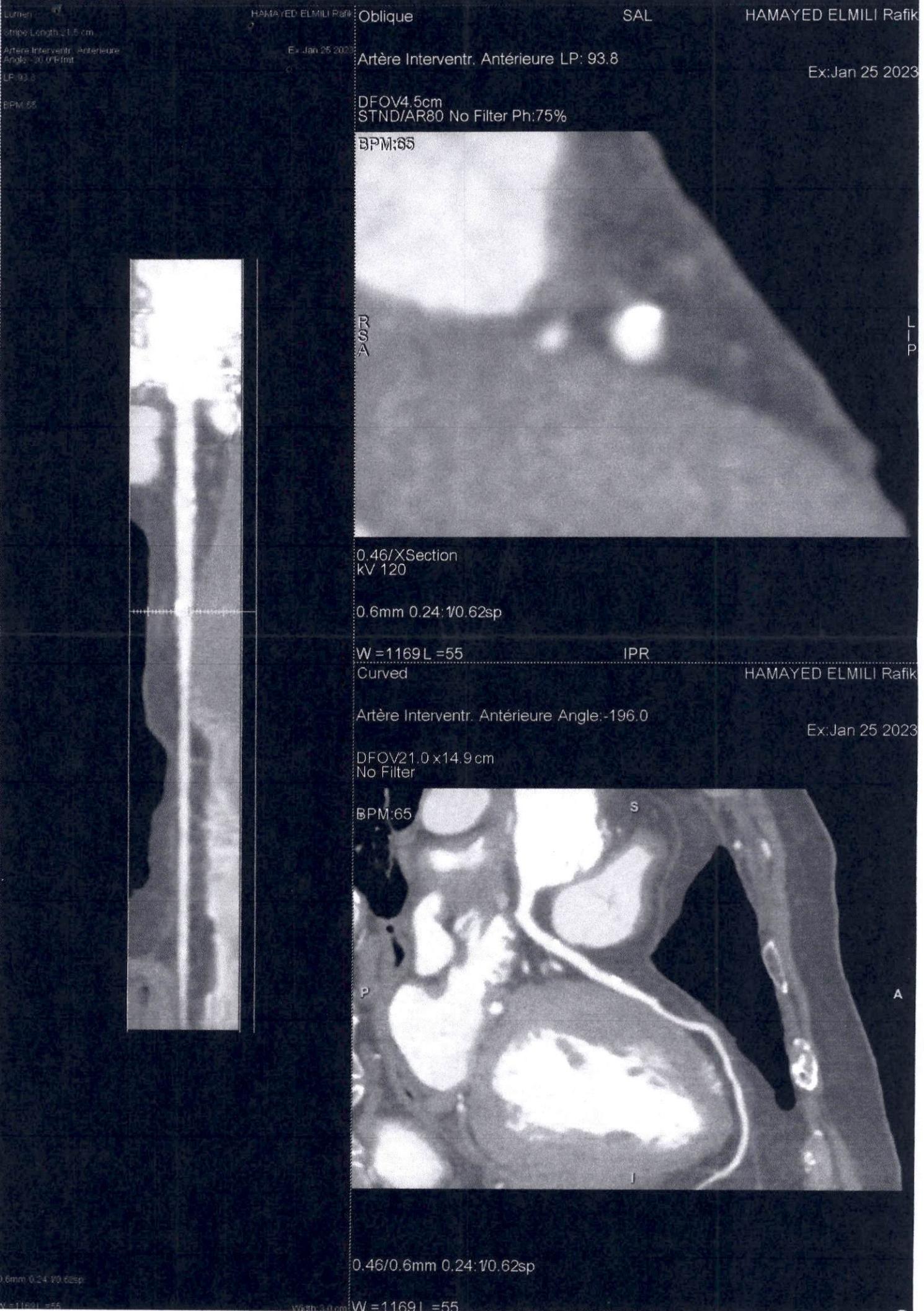
La coronaire droite est normale, dominante et donne l'IVP.

CONCLUSION :

Athérome coronaire a minima, constitué de rares plaques calcifiées non sténosantes sur le tronc commun, l'IVA et la circonflexe proximale. La coronaire droite est normale.

Très amicalement,

Docteur Jean-Marc FOULT
(remplaçant du Docteur Celine COUVIDAT)



Lumen:
stripe Length: 14.3 cm
Première Diagonale Angle: 114.0° Fmt
LP:43.6
BPM:66

HAMAYED ELMILI Rafik

Ex:Jan 25 2023

Oblique

SLP

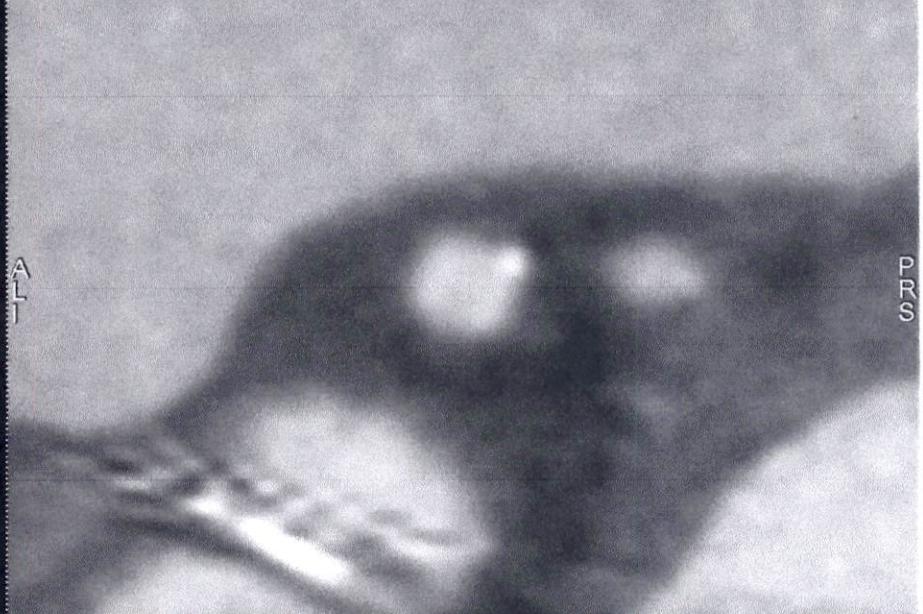
HAMAYED ELMILI Rafik

Ex:Jan 25 2023

Première Diagonale LP: 43.6

DFOV4.5cm
STND/AR80 No Filter Ph:75%

BPM:66



0.46/XSection
KV 120

0.6mm 0.24:1/0.62sp

W =1186 L =175
Curved

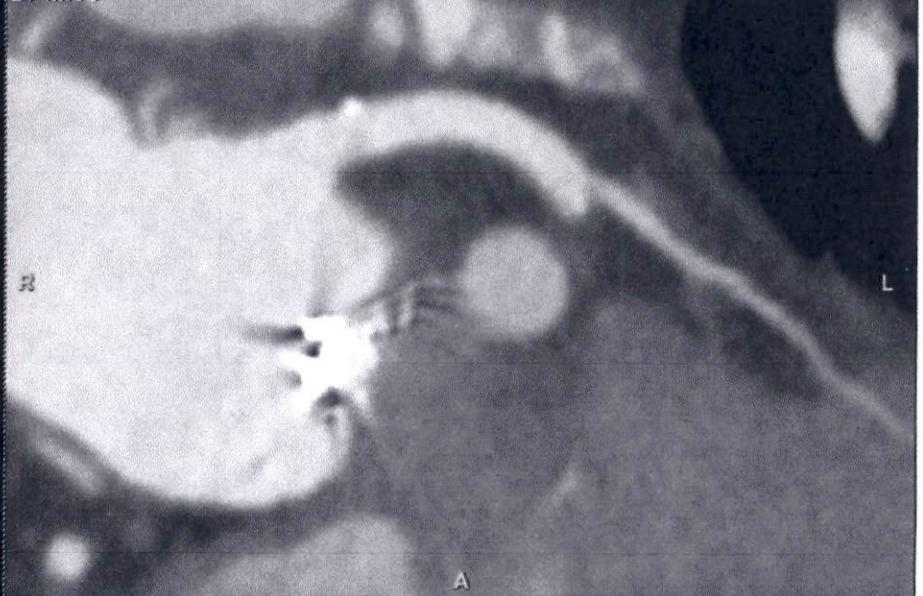
IRA

HAMAYED ELMILI Rafik

Ex:Jan 25 2023

Première Diagonale Angle:-150.0
DFOV9.0 x6.4 cm
No Filter

BPM:66



0.46/0.6mm 0.24:1/0.62sp

Width 3.0 cm W =1186 L =175

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE TOURVILLE

19, Avenue de Tourville 75007 PARIS

Tel. : 01 47 05 02 35 - Fax : 01 47 05 28 92

Docteur Didier BONNEL
Ancien interne et Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux de Paris

Docteur François CORNUD
Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux de Paris
Attaché à l'Hôpital Cochin

Docteur Céline COUVIDAT
Ancien Interne et Assistant des Hôpitaux de Paris
Attachée à l'H.E.G.P

Docteur David EISSL
Ancien Interne et Chef de Clinique des Hôpitaux de Paris
Praticien à l'Hôpital Necker

Docteur Arnaud LEFEVRE
Ancien interne et Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux de Paris

Paris, le 25/01/2023
Acte gratuit
N° FINESS : 75 00000 10
Métro : Ecole Militaire (ligne 8)
Bus : 28, 82, 87, 92

Mr HAMAYED ELMILI Rafik
84 rue de Charonne
75011 PARIS

8P9

OPTIJECT 350
Lot:
22F1052K
125 mL

ORDONNANCE DE SCANNER DES ARTERES CORONAIRES

Mr HAMAYED ELMILI Rafik

Votre rendez-vous est fixé le Mercredi 25 Janvier 2023 à 17H15

Vous procurer à l'avance en pharmacie et apporter :

1/ TENORMINE 50 mg
de votre médecin prescripteur.

1 cp 1 heure avant votre examen et après accord

16h15 -

2/ OPTIJECT 350 mg

1 seringue pré-remplie (125 ml)

EN CAS D'ALLERGIE à l'iode : XYZALL 5mg :1 boîte : Prendre 1 comprimé les 3 soirs qui précédent l'examen.

Docteur FOULT Jean-Marc

DOCTEUR DIDIER BONNEL
CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE TOURVILLE
1 AVENUE DE TOURVILLE
75007 PARIS
Tél: 0147055538
Code Dr: 2
Medecin: BONNEL D.
7502028340
INSEE: 359918
Adresse: HAMAYED RAFIK
84 RUE DE CHARONNE
75011 PARIS
Date Drd.: 25/01/2023
Date Drs.: 25/01/2023
PHARMACIE DE L'ECOLE MILITIAIRE
26 AV DE TOURVILLE
75007 PARIS
Fact. Num.: 359918

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)

359918

date J J M M A A A A 25012023

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 HAMAYED RAFIK
(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)84 RUE DE CHARONNE 75011 PARIS
IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

GERBAULT nathalie

IDENTIFICATION de la STRUCTUREPHARMACIE DE L'ECOLE MILITAIRE
26 AV DE TOURVILLE
75007 PARIS
75202834010000061662
PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

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

nom et prénom BONNEL D.

identifiant 10001600823

raison sociale

n° de la structure (AM, FINES ou SIRET) 751710823

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale 25012023 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)

XX

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

ou date J J M M A A A A

AT/MP

numéro

ou

date J J M M A A A A

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée

| Prest | CIP/Ref. | LPP(Ut) | Homeo | Decon- | Qte | PU | Mt | Fact | Libelle | Nb btes | Mod. | Indic. | Date | Date |
|-------|---------------|---------|-------|--------|---------|-------|----|-------|------------------------|---------|-------|--------|-------|------|
| | | | c. | lab | dition. | | | | | utili. | presc | Subst. | debut | fin |
| PH7 | 3400935644244 | | | | 1 | 2,80 | | 2,80 | ATENOLOL BGR 50mg Cpr | | | | | |
| 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 | | | | | |

primer les codes à barres

ou coller les étiquettes de la liste

des produits et prestations

dans l'ordre de la prescription

PAIEMENT**MONTANT TOTAL**
en euros

5 0 , 9 6

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du pharmacien
ou du fournisseur

GERBAULT nathalie

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.

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.

feuille de soins - médecin

Facture N° 000132699 - PAPIER - Dossier N° 0223012500666 (accnumb. 126029)

Art. R. 161-10 et suivants du Code de la sécurité sociale

numéro de facture (facultatif)

2 5 / 0 1 / M 2 A 0 2 3 A

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURÉ(E)

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

nom et prénom HAMAYED ELMILI Rafik

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

numéro d'immatriculation

0 7 0 8 1 9 3 9

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le médecin)

date de naissance

0 7 0 8 1 9 3 9

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)
84 rue de Charonne 75011 PARIS

IDENTIFICATION DU MEDECIN

DOCTEUR CELINE COVIDAT

06 RADIODIAGNOSTIC ET IMAGERIE MEDICALE

CONVENTIONNE HONOR. LIBRES

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

19 AVENUE DE TOURVILLE
SELARL

75007 PARIS

=>

=> 75 1 71612 7 00 3 31 0 06 n°AM

MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

X

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 X oui date J J M M 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

AT/MP numéro ou date J J M M 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 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 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 | dépass. | frais de déplacement | | |
|-------------------|-----------------|-----------------------------------|--|---------------------------------|---------|----------------------|--------------|-----------|
| | | | | | | L.D. ② M.D. | I.K. nbre | montant ③ |
| 2 5 0 1 2 0 2 3 | E C Q H 0 1 0 | 1 | Z | 4 1 2 5 , 0 0 | X | | | |
| 2 5 0 1 2 0 2 3 | Z B Q H 0 0 1 | 1 | Z | 4 1 2 5 , 0 0 | X | | | |
| J J M M A A A A A | | | | | | | | |
| J J M M A A A A A | | | | | | | | |
| J J M M A A A A A | | | | | | | | |

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)

2 5 0 , 0 0

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 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.

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),
- si vous êtes la personne recevant les soins mais pas l'assuré(e), écrivez :
 - 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 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.

TITRE – FORFAIT TECHNIQUE
ACTES D'IMAGERIE PAR RESONNANCE MAGNETIQUE NUCLEAIRE
ACTES DE SCANOGRAPHIE

ASSURANCE
MALADIE

753
X 035

D: 022301250066 FSP: 000026869

IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT OU DE LA SOCIÉTÉ

NOM :
ADRESSE :

CIM TOURVILLE: SCANNER
19 avenue de tourville

75007
PARIS
01 47 05 02 35

Téléphone :

N° de l'établissement ou de la société : 750000010

N° de l'appareil ou N° d'agrément : _____ X
Date d'installation _____ 13/09/2021
Puissance ou classe de l'appareil _____ 3

| | |
|---|--------------------------------|
| Tarification du forfait technique Normal : _____ | N°d'ordre de l'examen 11 |
| Réduit : X (3) | |

Montant : 100,00

REMBOURSEMENT (2)

A L'EXPLOITANT

A L'ASSURÉ(E)

N° de compte postal ou de Caisse d'Épargne et intitulé :

SOC_REMBCPT3

IDENTIFICATION DU MEDECIN AYANT EFFECTUE L'ACTE

NOM – Prénom :
ADRESSE

Dr COVIDAT Celine
19 AVENUE DE TOURVILLE
75007 PARIS

Téléphone

NUMERO D'IDENTIFICATION

751716127

Date de l'acte

25/01/2023

SIGNATURE DE
L'EXPLOITANT

SIGNATURE
DU MÉDECIN

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

(Articles L377-1 du Code de la Sécurité Sociale, L.441.1 du Code Pénal)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E) (1)

**NUMÉRO
D'IMMATRICULATION**

NOM PATRONYMIQUE

(nom de naissance)

NOM D'USAGE (facultatif)

(nom d'époux(se), veuf(ve), divorcé(e) ou autre parent)

PRÉNOMS :

ADRESSE :

HAMAYED ELMILI

Rafik
84 rue de Charonne
75011 PARIS

CODE ORGANISME D'AFFILIATION (1)

NOM et adresse
De l'organisme
de paiement

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE (1)

Droits jusqu'au

S'agit-il d'un accident ? OUI date NON

Le malade est-il hospitalisé ?

OUI Date hospitalisation

NOM ET ADRESSE
DE L'ETABLISSEMENT

NON

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

SI LE MALADE N'EST PAS L'ASSURÉ(E)

NOM PATRONYMIQUE

PRENOM

Date de naissance

Lien avec l'assuré(e)

Conjoint

Enfant

Autre membre de la famille

Personne vivant maritalement avec l'assuré(e)

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

SIGNATURE
DE L'ASSURÉ(E)

*Pendant la période transitoire permettant la coexistence de deux unités monétaires(Euros et Francs) si l'assuré règle en Euros, ou si la facture est établie en Euros, indiquer le montants en Francs avec sa contre-valeur en Euros.

(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^{er} août 1991 et à compter du 1^{er} janvier 1994 pour les appareils CNAMTS 631-12-98 installés antérieurement au 1^{er} août 1991.

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE TOURVILLE

19, Avenue de Tourville 75007 PARIS

Tel. : 01 47 05 02 35 - Fax : 01 47 05 28 92

Docteur Didier BONNEL
Ancien interne et Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux de Paris

Docteur François CORNUD
Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux de Paris
Attaché à l'Hôpital Cochin

Docteur Céline COUVIDAT
Ancien Interné et Assistant des Hôpitaux de Paris
Attachée à l'H.E.G.P

Docteur David EISS
Ancien Interné et Chef de Clinique des Hôpitaux de Paris
Praticien à l'Hôpital Necker

Docteur Arnaud LEFEVRE
Ancien interne et Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux de Paris

NOTE D'HONORAIRES

Patient : Mr HAMAYED ELMILI Rafik

Date Naissance : 07/08/1939

Assuré(e) : HAMAYED ELMILI Rafik

N° Sécu. Sociale : -

Adresse : 84 rue de Charonne

75011 PARIS

Dossier N° : 022301250066

Date Examen : 25/01/2023

Actes :

Coroscan

Montant total réglé par le patient : 350,00 €

Examen non pris en charge par la sécurité sociale.

Radiologue : Docteur Celine COUVIDAT

DOCTEUR COUVIDAT Céline
06 ELECTRORADIOLOGISTE
Conseillère hono. libres
39, RUE D'AUTEUIL
75016 PARIS
75 1 72049 1 0 3 31 0 Tel. 01 46 47 42 20

Identification du prescripteur N° Finess 750803447
HOPITAL EUROPEEN GEORGES POMPIDOU
20 rue Leblanc
75908 PARIS Cedex 15

FEDERATION DE CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE
Pr. P.VOUHE – Pr. P. ACHOUH – Pr. P. JULIA
Accueil Hospitalisation : 01.56.09.37.03
Accueil Consultation : 01.56.09.22.54
Accueil Hôpital de Jour : 01.56.09.36.17

cerfa

N°60-3937

Etiquette du patient

HAMAYET EL MILI RAFIK

83 ans

Ordonnance de ville

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONERANTE)

f Général Cardiaque

Faire réaliser un angioscanner cardiaque multi-phases et aortique thoracique +/- abdo dans 3 mois :

(Vérification du bon fonctionnement de la bioprostthèse aortique Inspiris et du remplacement de l'aorte ascendante tubulaire)

A 3 mois post opératoire du RVAo + tube, chez un patient avec anévrysme de l'aorte

Rendre à transmettre au Dr ACHOUH

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)

Le : jeudi 13 octobre 2022
MUNTE Laura

Hôpital Européen Georges Pompidou
Département de Chirurgie Cardio-Vasculaire
Cardiologues
Docteur
Tél. 01 56 09 37 03 - Finess 750803447

OPTIJECT 350
120
220 ml
0.25 mL

DLP = 543 m Gy.cm