

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

## Conditions générales :

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

## Pharmacie :

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

## Radiologie et Biologie :

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

## Optique :

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

## Rééducation :

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

## Dentaire :

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

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

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

## Adresses Mails utiles

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

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

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



## Déclaration de Maladie

M22- 054791

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1157 Société : Royal Air Maroc  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : HAMAYEJ ELMILI Rafik 159001  
 Date de naissance : 27/08/1979  
 Adresse : 11 Rue de la Mer Baltique, An Dakh - Casablanca  
 Tél. : 0645 315 315 Total des frais engagés : 100,96 Euros (50,96€ + 250€ + 100€) Dns

### 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 :

Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC

Pathologie : 02 MAI 2023

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) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22- 054791

Rempissez 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) : HAMAYEJ Rafik

Total des frais engagés : 100,96 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

# 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

Scannatis Cronaris  
C. Fregu Tomalin  
(Pr. Achouh)  
Pr. Rouss  
25.1.23  
400,96 €  
(59,96 € + 250 € + 100 €)

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien      Date des Soins      Nombre      Montant détaillé des Honoraires

AM      PC      IM      IV

# VOLET ADHERENT

18782

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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

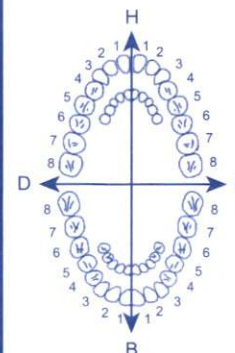
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

# Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées      Nature des Soins      Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 G 00000000  
35533411 11433553  
B

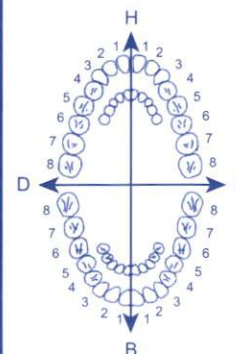
Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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'I.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 ELMILI 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 Céline COUVIDAT)



Lumen  
Cath Length: 21.5 cm  
Artère Interventr. Antérieure  
Angle: -20.00° Int  
LP: 93.8  
BPM: 55

HAMAYED ELMILI Rafik

Oblique

SAL

HAMAYED ELMILI Rafik

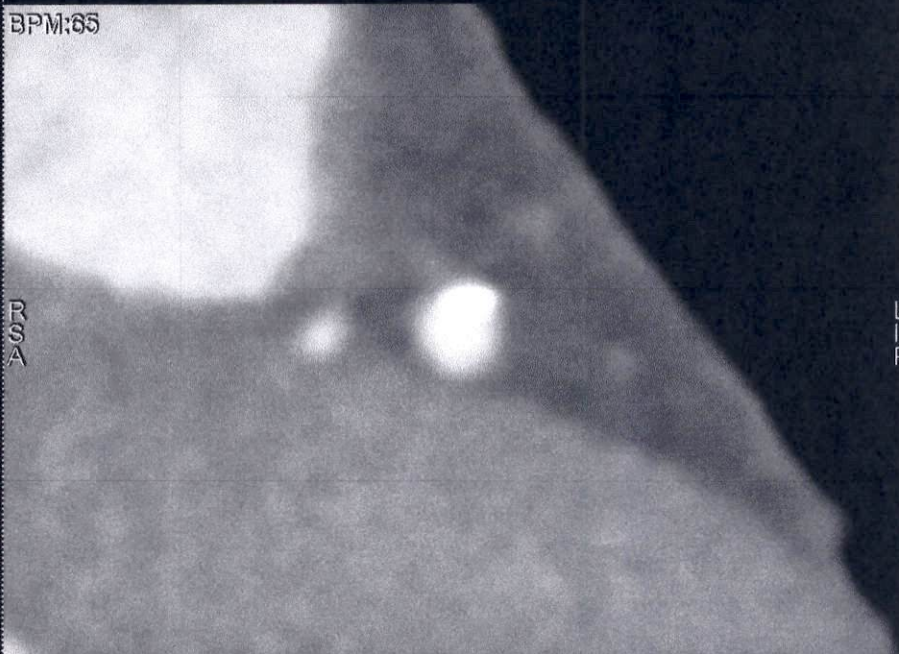
Ex: Jan 25 2023

Artère Interventr. Antérieure LP: 93.8

Ex: Jan 25 2023

DFOV 4.5cm  
STND/AR80 No Filter Ph: 75%

BPM: 65



0.46/XSection  
kV 120

0.6mm 0.24: 1/0.62sp

W = 1169 L = 55

IPR

Curved

HAMAYED ELMILI Rafik

Artère Interventr. Antérieure Angle: -196.0

Ex: Jan 25 2023

DFOV 21.0 x 14.9 cm  
No Filter

BPM: 65



0.46/0.6mm 0.24: 1/0.62sp

0.6mm 0.24: 1/0.62sp

W = 1169 L = 55

Width: 0.0 cm

W = 1169 L = 55



Lumen  
Stripe Length: 11.3 cm  
Première Diagonale  
Angle: 114.0°  
LP: 43.6

HAMAYED ELMILI Rafik

Oblique

SLP

HAMAYED ELMILI Rafik

Ex: Jan 25 2023

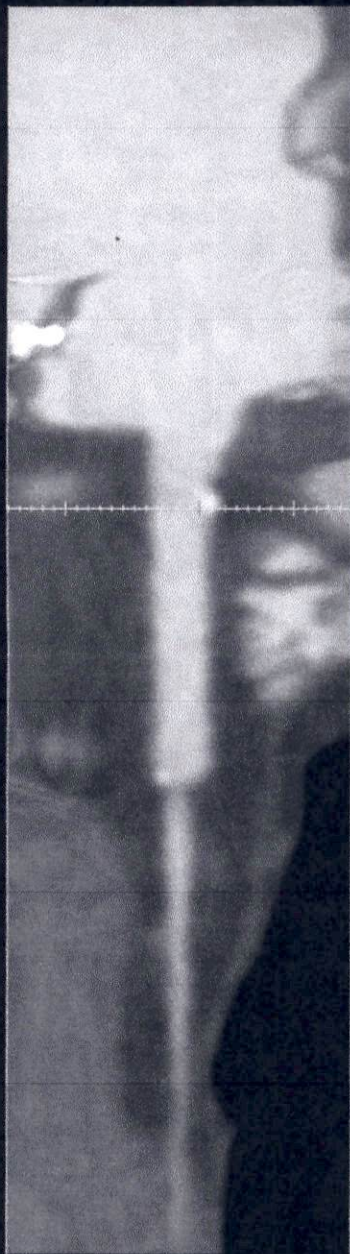
Première Diagonale LP: 43.6

Ex: Jan 25 2023

BPM: 66

DFOV: 4.5 cm  
STND/AR80 No Filter Ph: 75%

BPM: 66



ALI

PRS

0.46/XSection  
KV 120

0.6mm 0.24:1/0.62sp

W = 1186 L = 175

IRA

Curved

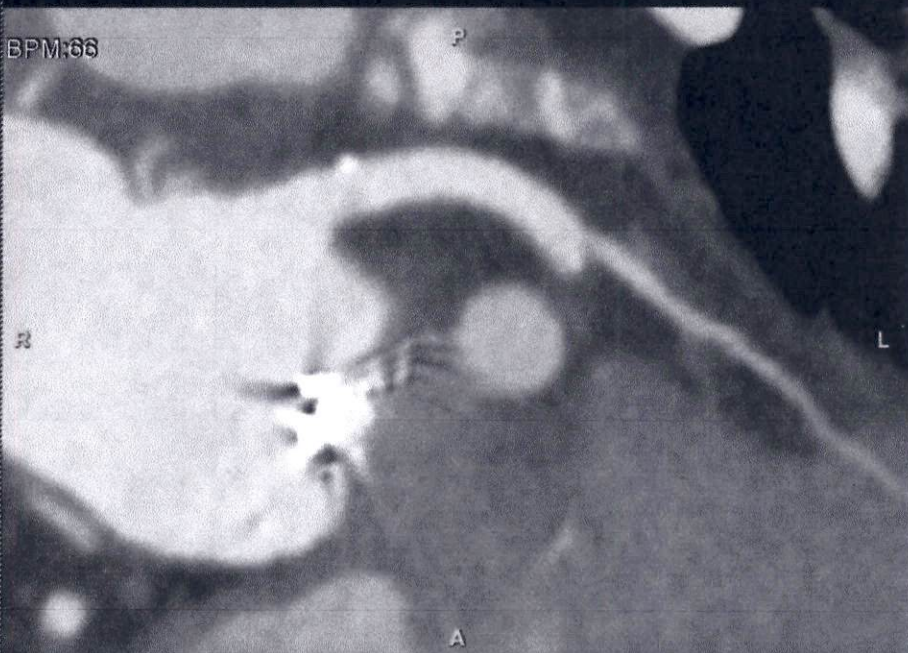
HAMAYED ELMILI Rafik

Première Diagonale Angle: -150.0

Ex: Jan 25 2023

DFOV: 9.0 x 6.4 cm  
No Filter

BPM: 66



0.46/0.6mm 0.24:1/0.62sp

0.6mm 0.24:1/0.62sp

W = 1186 L = 175

Width: 3.0 cm

W = 1186 L = 175









N° 11389\*05

joindre la prescription  
sauf si renouvellementfeuille de soins  
pharmacien ou fournisseurArt. 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

25012023

date J J M M A A A A

## 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

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

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

10000061662  
PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

## IDENTIFICATION de la STRUCTURE

PHARMACIE DE L'ECOLE MILITAIRE  
26 AV DE TOURVILLE  
75007 PARIS  
752028340dispositif 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 751710823  
(AM, FINESS ou SIRET)

## 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

oui

date

J J M M A A A A

XX

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- c.lab dition.	Qte	PU	Mt Fact	Libelle	Nb btes utili.	Mod. presc	Indic. Subst.	Date debut loc	Date fin loc
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					

Imprimer 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.**



Facture N° 000132699 - PAPIER - Dossier N° 022301250066 (accumb: 126029)

2 5 / 0 1 / 2 0 2 3 A

## PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

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

nom et prénom HAMAYED ELMILI Rafik

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

numéro d'immatriculation

date de naissance 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)

## 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 COUIDAT

06 RADIOLOGIQUE ET IMAGERIE MEDICALE

CONVENTIONNE HONOR. LIBRES

## IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

19 AVENUE DE TOURVILLE

SELARL

75007 PARIS

=&gt;

=&gt; 75 1 71612 7 00 3 31 0 06 n°AM

## MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

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)

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

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

MATERNITE

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

J J M M A A A A

AT/MP

numéro

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

hors résidence habituelle

médecin traitant remplacé

accès hors coordination

X

## ACTES EFFECTUES

(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : J J M M A A A A)

dates des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés ①	dépass.	frais de déplacement		
							L.D. ②	M.D.	L.K. 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									
J J M M A A A A									
J J M M 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 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.



# 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**

**L 753  
X 035**

D: 022301250066 FSP: 000026869

**IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT OU DE LA SOCIÉTÉ**

NOM : CIM TOURVILLE: SCANNER  
ADRESSE : 19 avenue de tourville

75007  
PARIS  
Téléphone : 01 47 05 02 35

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 11  
Réduit : X (3) de l'examen  
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 : Dr COUVIDAT Celine  
ADRESSE : 19 AVENUE DE TOURVILLE  
75007 PARIS  
Téléphone

NUMERO D'IDENTIFICATION 751716127

Date de l'acte 25/01/2023

SIGNATURE DE L'EXPLOITANT  SIGNATURE DU MEDECIN 

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations.  
(Articles L377-1 du Code de la Sécurité Sociale, 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<sup>er</sup> août 1991 et à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1994 pour les appareils CNAMTS 631-12-98 installés antérieurement au 1<sup>er</sup> 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 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

## 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 ELECTRODIAGNOSTIC  
39, RUE D'AUTEUIL  
75016 PARIS  
75 1 72049 1 0 3 21 0 Tél. 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. Gehen Coronaris*

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

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

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

*Revenir à transuette au Pr 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  
1.0L  
0.25 ML

*DLP = 543 m Gy.cm*