

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 54790

☒ 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 : 27/08/1939

Adresse : 11 Rue de la Mer Baltique Anis Dial
Casablanca

Tél. : 0645315315

Total des frais engagés : 408,72 Euros

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Angio Scanners Artéri- + Thorax + Abdo + Pelvis (R Achouh)	25/01/23	+ produit:	360 € 748,72 €

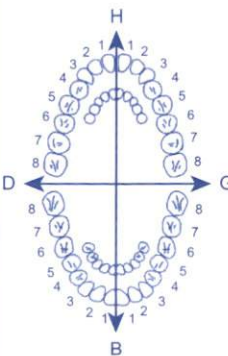
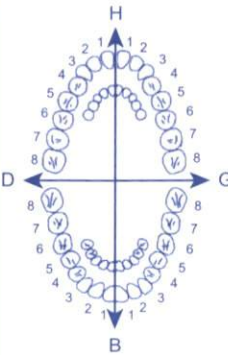
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

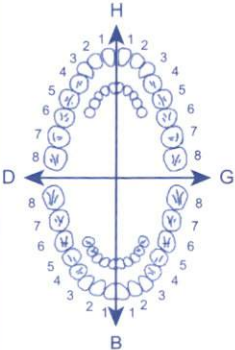
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>								
					MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>							
				DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>								
				FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>								
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>							
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H <table style="border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> D <table style="border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> B </div> </div>			25533412		21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession											
			MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>									
			DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>									
			DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
					FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

feuille 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)

191879

date J J M M 20012023

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 EL MILI Rafik

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

numéro d'immatriculation 7 3 9 0 8 9 9 0 8 1 3 2 3 0 7

date de naissance 0 7 0 8 1 9 3 9 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

MME SEBBAG ALLOUCHE .

10000033752

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

PHARMACIE SEBBAG ALLOUCHE

97 AVE LEDRU ROLLIN

75011 PARIS

752013227

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom BONNEL Didier

identifiant

raison sociale

n° de la structure

(AM, FINESS ou SIRET)

751710740

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale 20012023

date de l'accord préalable (le cas échéant)

XX 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 "B")
et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non

XX

oui

date

J J M M A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

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	Date loc	Date fin loc
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						
HDA			1	1,58	1,58	Honor. dispens. HDA						

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

4 8 , 7 2

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

MME SEBBAG ALLOUCHE

signature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

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.

cerfa

feuille de soins - médecin

numéro de facture (facultatif)

Facture N° 000132643 - PAPIER - Dossier N° 022301250024 (acenumb: 125966)

2 5 / J O M / 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 DIDIER BONNEL

06 RADIODIAGNOSTIC ET IMAGERIE MEDICALE

CONVENTIONNE HONO. LIBRES

MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

19 AV DE TOURVILLE

SELARL

75007 PARIS

=>

=> 75 1 71074 0 00 3 31 0 06 n°AM

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 "a")
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) ACHOUH P

accès direct spécifique

urgence

hors résidence habituelle

médecin traitant remplacé

accès hors coordination

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		
							I.D. ②	I.K.	
							M.D.	nbre	montant ③
2 5 0 1 2 0 2 3	ECQH010	1		Z 4	8 9 , 4 4	X			
2 5 0 1 2 0 2 3	YYYY600	1		4	0 , 7 5				
2 5 0 1 2 0 2 3	ZZQH033	1		Z 4	2 6 9 , 8 1	X			
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)

3 6 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.

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)

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

Resultat à transmettre 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
Lot:
2261162K
1.25 mL

DLP = 543 m Gy.cm

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

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

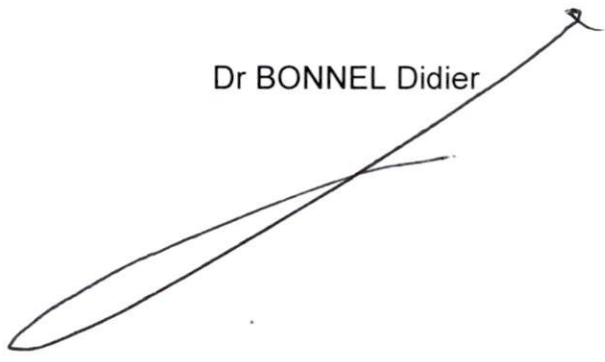
75011 PARIS

Dossier N° : 022301250024
Date Examen : 25/01/2023
Actes :
Angioscanner aortique - Scanner thoraco-abdomino-pelvien

Prescrit par : Dr ACHOUH Paul

Montant total : 360,00 €

Radiologue : Dr BONNEL Didier



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 Amaud LEFEVRE
Ancien interne et Ancien Chef de
Clinique des Hôpitaux de Paris

Métro : Ecole Militaire

Mr HAMAYED ELMILI Rafik
84 rue de Charonne
75011 PARIS

Bus : 28, 82, 87, 92

N° établissement : 75 00000 10

Acte gratuit

Paris, le Tuesday 3 January 2023

ORDONNANCE

Votre rendez-vous de scanner est fixé le Mercredi 25 Janvier 2023 à 11H00

IL N'EST PAS NECESSAIRE D'ETRE A JEUN

Merci de vous présenter ¼ heure avant l'examen afin d'établir votre dossier.

Il est nécessaire de prévoir un temps moyen de 2 heures sur place au sein du cabinet.

VEUILLEZ VOUS PROCURER EN PHARMACIE

X - **OPTIJECT 350** 1 seringue pré-remplie de 125 ml pour injection automatique
(Code CIP 34009 301 878 83) (à apporter le jour de l'examen)

- **XYZALL 5 mg** 1 cp les trois soirs précédents l'examen
(Uniquement en cas d'allergie à l'iode)

- Votre carte vitale + attestation.
- Vos anciennes radiographies, échographies, scanners (si vous en possédez).
- L'ordonnance du médecin qui prescrit le scanner.

Précaution :

Pour les patients âgés de plus de 65 ans, boire l'avant-veille et la veille de l'examen 1 L ½ d'eau.

Dr BONNEL Didier

TS VR

PHARMACIE SEBBAG ALLOUCHE Fact. Num. : 191879
 97 AVE LEDRU ROLLIN Date Fact. : 20/01/2023
 75011 PARIS Date Ord. : 20/01/2023
 752013227 Medecin: BONNEL Didier
 Tel : 0147002420 Code Op: 8
 INSEE:739089908132307 Malade:HAMAYED EL MILI Rafik
 84 rue de charonne 75011 PARIS

QTE	DESIGNATION	CIP	Prix/U	BaseSS	HD	TxSS
1	OPTIJECT 350MG/M.	3400930187883	45,61	-	1,02	0
	L VANTAGE KIT125	Dus: 1 Ordo: 240039				
1	Honor. dispens.		0,51	-		0
	HDR					
1	Honor. dispens.		1,58	-		0
	HDA					

MONTANT TOTAL : 48,72 MONTANT AMO : 0,00
 MONTANT AMC : 0,00 MONTANT ASSURE : 48,72
 Ces montants s'entendent avant application, le cas échéant,
 de la franchise prévue à l'article L. 322-2 du code de la
 sécurité sociale et indiquée sur le relevé de prestations.

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 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

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

ANGIOSCANNER DE L'AORTE SCANNER THORACIQUE ET SCANNER ABDOMINO-PELVIE

CLINIQUE

Patiente de 83 ans.

Contrôle après valvuloplastie aortique par bioprothèse et remplacement de l'aorte ascendante.

TECHNIQUE

Scanner General Electric Révolution Evo.

Acquisition hélicoïdale, reconstructions axiales des coupes diaphragmatiques à la symphyse pubienne avec injection de 120cc d'Optiject 350. (N°lot : 2G162K).

DLP : 543 mGycm.

RESULTATS

Angioscanner de l'aorte :

Aspect normal de la prothèse aortique et de la prothèse de l'aorte ascendante.

L'aorte thoracique sus jacente à l'anastomose mesure 51 mm dans son grand diamètre.

Par ailleurs les troncs supra-aortiques ont un aspect normal de même que les ostia des artères digestives et des artères rénales.

A l'étage thoracique :

Sur les clichés pratiqués, on ne note pas d'anomalie de la paroi thoracique ni d'anomalie pleurale.

On ne retrouve pas d'anomalie du parenchyme pulmonaire en dehors d'un syndrome bronchique des deux bases, ni d'image d'adénomégalie médiastinale.

A l'étage abdomino-pelvien :

Sur les clichés pratiqués, on retrouve un aspect de sigmoïdite diverticulaire sans abcédation.

Par ailleurs :

Le foie est homogène. Les voies biliaires intra-hépatiques ne sont pas dilatées. L'étude du pédicule hépatique retrouve un tronc porte perméable, la voie biliaire périculaire est fine.

La région coeliaque, le pédicule mésentérique, le pancréas, la rate sont sans anomalie décelable.

L'étude du rétropéritoine montre des reins morphologiquement normaux, sans autre anomalie corticale qu'un kyste rénal gauche de 16 cm de diamètre, ni dilatation des cavités. Les surrénales ont un aspect normal.

On ne note pas d'image d'adénomégalie rétropéritonéale.

L'étude du reste de l'abdomen et l'étage pelvien est sans anomalie décelable.

CONCLUSION

Sigmoïdite diverticulaire sans abcédation.

Aspect normal de la prothèse aortique et de la prothèse de l'aorte ascendante.

Docteur  BONNEL

Axial
Ex:6135
Se:2 +c
I: 479.50
Im:835
DFOV21.7cm
STND:/+E/AR80

A 111

HAMAYED ELMILI Rafik
IMAGERIE MEDICALE TOURVILLE
M 83 1380393
DoB: Aug 07 1939
Ex:Jan 25 2023

R
1
5
9

L
1
4
8

DCA:OFF

0.62
kV 100
mA477
Rot 0.40s/HE+ 55.0mm/rot
0.6mm 1.375:10.62sp
Tilt 0.0
11:45:51 AM
W=400 L=40

P 106

Axial
Ex:6135

A 111

HAMAYED ELMILI Rafik
IMAGERIE MEDICALE TOURVILLE
M 83 1380393
DoB: Aug 07 1939
Ex:Jan 25 2023

Se:2 +c
I: 488.88
Im:850
DFOV21.7cm
STND:/+E/AR80

R
1
5
9

L
1
4
8

DCA:OFF

0.62
kV 100
mA476
Rot 0.40s/HE+ 55.0mm/rot
0.6mm 1.375:10.62sp
Tilt 0.0
11:45:51 AM
W=400 L=40

P 106

3D
Ex: 6135

Se: 2 +c
HD MIP No cut

DFOV 50.4cm
STND/+E/AR80

S 42

HAMAYED ELMILI Rafik
IMAGERIE MEDICALE TOURVILLE
M 83 1380393
DoB: Aug 07 1939
Ex: Jan 25 2023

Calc. incl.

P
L

A
R

No VOI
kV 100
mAMod.
Rot 0.40s/HE+ 55.0mm/rot
0.6mm 1.375:10.62sp
Tilt: 0.0
11:45:51 AM
W=804 L=115

1670