

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

Déclaration de Maladie
M22- 154790 ✓
3
158988

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 157 Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HAMAYED ELMILI Rafik

Date de naissance : 27/08/1939

Adresse : 11 Rue de la Mar Baltigui - Ain Diab
Casablanca

Tél. : 0665 315 315 Total des frais engagés : 408,72 EUROS
(48,72 + 360)

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

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 : Allal Le : 21/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :



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

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
| Angio Sejour, Artic. + Thorax + Abd + Pelvis (Pr Aehouh) | 25/01/23 | 360 € | 7408,72 |

x radiot. + 48,72 €

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | D → G | B | | MONTANTS DES SOINS |
| | D → G | B | | DEBUT D'EXECUTION |
| | D → G | B | | FIN D'EXECUTION |
| | D → G | B | | Coefficient DES TRAVAUX |
| | D → G | B | | MONTANTS DES SOINS |
| | D → G | B | | DATE DU DEVIS |
| | D → G | B | | DATE DE L'EXECUTION |

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**feuille de soins
pharmacien ou fournisseur**

numéro de facture (facultatif)

191879

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

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
752013227dispositif de coordination
de soins - réseau de santé**IDENTIFICATION du PRESCRIPEUR 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)

J J M M A A A A

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 "*" 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 Mod. | Indic. | Date | Date |
|-------|-----------------|-------------------------------|-----|-------|---------|------------------------|--------------|--------------|-----------|---------|
| | | | | | | | utili. | presc Subst. | debut loc | 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

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°000132643 - PAPIER - Dossier N°022301250024 (en cours) date 25 / JUIL 2023

numéro de facture (facultatif)

date 25 / JUIL 2023

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

0 7 0 8 1 9 3 9
J J M M A A A Acode 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

CONVENTIONNÉ HONO. LIBRES

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

19 AV DE TOURVILLE
SELARL

75007 PARIS

=>

=> 75 1 71074 0 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

MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

| | | |
|--------------------------------|----------------------|-------|
| acte conforme au protocole ALD | action de prévention | autre |
|--------------------------------|----------------------|-------|

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

accident causé par un tiers : non 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 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)

| dates des actes | codes des actes | activités | C, CS CNPSPY V, VS VNPSY | autres actes (K, CsC, P,...) éléments de tarification CCAM | montant des honoraires facturés | 1 | frais de déplacement | |
|-----------------|-----------------|-----------|-----------------------------------|---|---------------------------------|---|----------------------|----------------|
| | | | | | | | I.D. ② M.D. nbre | I.K. montant ③ |
| 25 0 1 2 0 2 3 | E C Q H 0 1 0 | 1 | Z | 4 | 8 9 , 4 4 | X | | |
| 25 0 1 2 0 2 3 | Y Y Y Y 6 0 0 | 1 | | 4 | 0 , 7 5 | | | |
| 25 0 1 2 0 2 3 | Z Z Q H 0 3 3 | 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 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.

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 anévrysme de l'aorte

Renvoyer 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
Lot:
2261162K
125 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 Interno 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

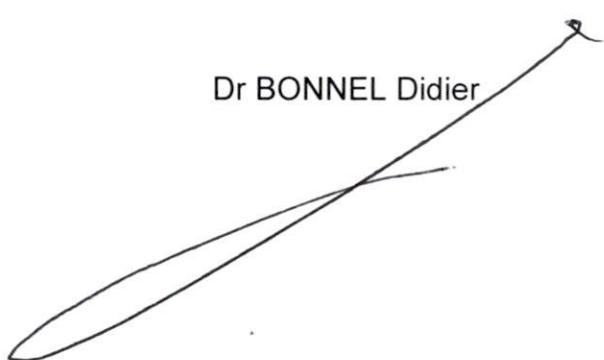
75011 PARIS

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 Arnaud 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 VL

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-PELVIAN

CLINIQUE

Patiene 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 coupoles diaphragmatiques à la symphyse pubienne avec injection de 120cc d'Optiject 350. (N°lot : 2G162K).

DLP : 543 mGy cm.

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 pédiculaire 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

DCA:OFF

0.62
kV 100
mA477
Rot 0.40s/HE+ 55.0mm/rot
0.6mm 1.375:1/0.62sp
Tilt 0.0
11:45:51 AM
W=400 L=40

Axial
Ex:6135

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

P106

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

R

1
5
9

DCA:OFF

0.62
kV 100
mA476
Rot 0.40s/HE+ 55.0mm/rot
0.6mm 1.375:1/0.62sp
Tilt 0.0
11:45:51 AM
W=400 L=40

P106

3D
Ex:6135

Se:2 +c
HD MIP No cut

DFOV50.4cm
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
mA Mod.
Rot 0.40s/HE+ 55.0mm/rot
0.6mm 1.375 1/0.62sp
Tilt:0.0
11:45:51 AM
W = 804 L = 115

1670