

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

## Conditions générales :

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

## Pharmacie :

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

## Radiologie et Biologie :

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

## Optique :

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

## Rééducation :

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

## Dentaire :

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

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

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

## Adresses Mails utiles

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

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

**MUPRAS** : Centre 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- 0047966

171362

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06938 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : HAILLOUA ABDEMONAUM  
Date de naissance : 17/02/1962  
Adresse : Lot. NIMAR (un) N°8 Quinte  
Californie Casablanca  
Tél. : 0608016999 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr DAMIEN PASQUIER  
16 CHIRURGIE UROLOGIQUE  
LES BUREAUX DU POLYGONE  
0265 AV DES ETATS DU LANGUEDOC  
34000 MONTPELLIER  
34 1 03613 1 00 3 34 1 16  
Date de consultation : 17/07/2023  
Nom et prénom du malade : HAILLOUA ABDEMONAUM Age : 61  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affection longue durée  
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 : Casablanca Signature de l'adhérent(e) : Le : 17/07/2023



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant la Réception des Actes   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 17/07/23        | Consultation      | 1                     | 75,00 €                         | DAMEN PASQUIER<br>16 CHIRURGIE DENTOAUXILIAIRE<br>LES BUREAUX DU POLYGONE<br>0265 AV DES ETATS DU LANGUEDOC<br>34000 MONTPELLIER<br>34 1 03813 1 00 3 34 1 16 |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet et signature du Pharmacien ou du Préposé | Date | Montant de la Facture |
|---|------|-----------------------|
|---|------|-----------------------|

Pharmacie du Pirée  
Place Jean Sarrailh  
34000 MONTPELLIER  
11 JUL. 2023  
Tél : 04 99 13 65 50  
pharmaciendupirée@gmail.com  
342028842

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|---|------|------------------------------|------------------------|

N° 47  
HÔPITAL  
LAPEYRONIE  
MONTPELLIER

12/07/23 ADEZ COTOD  
12/07/23 ADI 1444 GGO  
12/07/23 FTW 1  
69,00 €  
8,15 €  
166,05 €

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

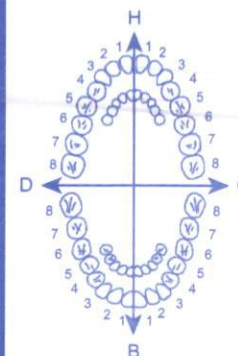
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| G | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 |

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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



HÔPITAL LAPEYRONIE  
371, avenue du Doyen Gaston  
Giraud  
34295 Montpellier Cedex 5

Coordonnateur de Département  
**Pr Patrice TAOUREL**  
p-taourel@chu-montpellier.fr  
Secrétariat : 04 67 33 86 01

Accueil central Imagerie Médicale  
Lapeyronie  
04 67 33 86 03

### **Imagerie**

#### **Viscérale-Sénologie**

(Gynécologie, Urologie, Néphrologie,  
urgences, Maladies Métaboliques...)

Responsable Équipe Médicale  
**Pr Patrice TAOUREL PU PH**

Praticiens Hospitaliers - PU  
**Pr Ingrid MILLET-CENAC**

Praticiens Hospitaliers  
**Dr F. CURROS-DOYON**  
**Dr C. FAGET**  
**Dr. C. MANDOU**  
**Dr E. PAGES-BOUIC**  
**Dr C. VERHEYDEN**

Chefs de Clinique des Universités  
Assistants des Hôpitaux  
**Dr J. DELEBECQ**  
**Dr B MONSONIS**

### **Imagerie**

#### **Ostéo-Articulaire**

(Appareil locomoteur, traumatologie...)

Responsable Équipe Médicale  
**Pr Catherine CYTEVAL PU PH**  
c-cyteval@chu-montpellier.fr

Praticiens Hospitaliers  
**Dr M.P. BARON**  
**Dr Y. THOUVENIN**

Chef de Clinique des Universités  
Assistant des Hôpitaux  
**Dr A. BRETON**  
**Dr W. WANTZ**

#### **Secrétariat Scanner/Echographie**

Tél : 04 67 33 86 20  
Fax : 04 67 33 20 85

#### **Secrétariat IRM/Sénologie**

Tél : 04 67 33 86 15  
Fax : 04 67 33 90 74

Pôle Hospitalo-Universitaire  
**URGENCES**

Montpellier, le mardi 11 juillet 2023

**HALOUA ABDEL**  
180 BD DES CONSULS DE MER  
34000 MONTPELLIER

**HALOUA ABDEL**

### **Merci de délivrer ce kit qui contient le nécessaire d'injection pour l'examen**

**ACIDE GADOTERIQUE GUERBET 20 ml un flacon**

**Non substituable**

code CIP 34009 301 234 5 4

**- NORMACOL lavement : deux lavements**

Un lavement la veille au soir de l'examen et un lavement le matin de l'examen

#### **IMAGERIE MEDICALE**

CHU LAPEYRONIE  
371 Av. du DOYEN GASTON GIRAUD  
34295 MONTPELLIER CEDEX 5

**Pr PATRICE TAOUREL**  
POLE URGENCES  
CHRU MONTPELLIER

N° RPPS



10003243549

N° FINES



340785161

**NB : Prière de bien vouloir vous procurer le kit ainsi que le produit  
quelques jours avant l'examen.**

Pas d'adénomégalie de taille significative ou de morphologie suspecte dans le volume exploré.

Pas de dilatation des cavités pyélo-calicielles.

Aspect de colite droite, predominant au caecum.

Minime lame liquidienne pelvienne aspécifique.

Pas de lésion osseuse suspecte.

**CONCLUSION :**

**-Hypertrophie prostatique adénomateuse (96 g) sans lésion cible identifiée (densité de PSA : 0.08 ng/ml/g).**

**-Aspect de colite droite, predominant au caecum, à confronter à une éventuelle symptomatologie digestive et à reconstrôler à distance par scanner afin de ne pas méconnaître de lésion évolutive.**

**Docteur FILLIAS Quentin**

Vous pouvez retrouver vos résultats sur le portail web du CHU via l'adresse : <https://imagerie.chu-montpellier.fr/nexus/fr/patient/login> avec les identifiants suivants :

Identifiant : 003689019

Mot de passe : date de naissance dans l'ordre AAAAMMJJ



**Département  
d'Imagerie Médicale  
Lapeyronie**

Hôpital LAPEYRONIE  
371, avenue du Doyen Gaston  
Giraud  
34295 Montpellier Cedex 5  
Coordonnateur de Département  
**Pr Patrice TAOUREL**  
Secrétariat : 04 67 33 86 01

Accueil  
Tél: 04 67 33 86 03  
Fax: 04 67 33 22 92  
accueil-radio-lap@chu-montpellier.fr

**Imagerie  
Viscérale-Sénologie**

(Gynécologie, Urologie, Néphrologie,  
Maladies Métaboliques...)  
Responsable Equipe Médicale  
**Pr Patrice TAOUREL PU PH**

Praticiens Hospitaliers-PU  
**Pr Ingrid MILLET**

Praticiens Hospitaliers  
**Dr F. CURROS-DOYON**  
**Dr J. COUTUREAU, Dr J. DELEBECQ**  
**Dr C. FAGET, Dr C. MANDOU**  
**Dr E. PAGES-BOUIC**  
**Dr C. VERHEYDEN**

Chefs de Clinique des Universités  
Assistants des Hôpitaux  
**Dr Q. FILLIAS - Dr B. NICOLAN**  
**Dr E. PREVOT**

**Imagerie**

**Ostéo-Articulaire**

(Appareil locomoteur, traumatologie...)  
Responsable Equipe Médicale  
**Pr Catherine CYTEVAL PU PH**

Praticiens Hospitaliers  
**Dr M.P. BARON**  
**Dr Y. THOUVENIN**  
**Dr A. HAMEL SENECHAL**

Chefs de Clinique des Universités  
Assistant des Hôpitaux  
**Dr U. CHAMARD CHAMPLAUD**  
**Dr M. ROJO**

**Secrétariats**

**Secrétariat Scanner / Echographie**  
Tél : 04 67 33 86 20  
Fax : 04 67 33 20 85  
Scanner : scanlap@chu-montpellier.fr  
Echographie : echolap@chu-montpellier.fr

**Secrétariat IRM / Sénologie**  
Tél : 04 67 33 86 15  
Fax : 04 67 33 90 74  
Irm : irmlap@chu-montpellier.fr  
Sénologie : senolap@chu-montpellier.fr

Docteur PASQUIER DAMIEN  
URODOC LES BUREAUX DU POLYGONE  
265 AVENUE DES ETATS DU LANGUEDOC  
34000 MONTPELLIER

**COMPTE-RENDU DE RADIOLOGIE**

**NOM :** HAILOUA  
**IPP :** 003689019  
**Né le :** 17/02/1962

**PRENOM :** Abdel Mounhim,  
**Sexe :** M  
**Date de l'examen :** 12/07/2023

**Montpellier le : 12/07/2023**

**Examen demandé par : IRM LAPEYRONIE**

**N° D'examen: 114470471**  
**Date de l'examen: 12/07/2023**

FQ /

**IRM PROSTATIQUE**

**INDICATION :**

Bilan chez un patient de 61 ans présentant une élévation de son PSA à 7.28 ng/ml (recontrôlé à 3.74 ng/ml sous Dutastéride ; PSA corrigé : 7.48 ng/ml)).

**TECHNIQUE :**

APPAREIL: MAGNETOM SOLA L06 SIEMENS MAGNETOM SOLA Mis en service le 26/06/2023 Numéro de série: 183912  
18 mL, GADOTERIQUE ACIDE 0.5 MMOL/ML, SOL INJ, FLAC 20 ML, LOT:

Injection de 0.5 mg de Glucagen® en IVD en début d'examen.

Acquisition volumique T2 SPACE, axiale T2 TSE, séquence de diffusion (b100, b1000 et b2000) avec cartographie ADC, axiales T1 VIBE sans puis dynamiques (8sec) au décours de l'injection de Gadolinium pendant 2 min, coronales T1 DIXON sur l'abdomen et le pelvis après injection.

**RESULTAT :**

La prostate présente une hypertrophie adénomateuse (51 mm x 54 mm x 67 mm soit 96 cc).

Protrusion du lobe médian sous le plancher vésical.

Hypertrophie de la zone transitionnelle avec multiples éléments nodulaires encapsulés, non suspects.

Aspect laminé de la zone périphérique par l'adénome, siège de remaniements en hyposignal T2 linéaire évocateurs de stigmates de prostatite.

Pas de lésion cible intra-prostatique identifiée.

Intégrité de la capsule prostatique.

Intégrité du SFMA.

Intégrité des vésicules séminales.

Pas d'anomalie rectale ou vésicale.



## Facture

Numéro de facture

230033690

Date

11/07/2023

Code client

342028842

## PHARMACIE DU PIREE

M. Morgan LAURE

Place Jean Bene

34000 MONTPELLIER

FRANCE

Tél : 04 99 13 65 50

Fax : 04 99 13 65 50

E-mail : pharmaciedupiree@gmail.com

HAILAOU ABDELMOUNAIM

75001 PARIS

SIRET :

APE :

TVA Intracommunautaire :

BNP 30004 02402 00010057853 48

Mode de règlement : Espèces

Echéance : 01/08/2023

| Code13Réf       | Désignation              | Qté | HT U Brut | %Rem | HT U Net | Mt HT Net | %TVA |
|-----------------|--------------------------|-----|-----------|------|----------|-----------|------|
| 34009 3130737 2 | NORMACOL LAV AD FL 130ML | 1   | 2,5171    | 0,00 | 2,5171   | 2,52      | 2,1  |

Quantité totale des produits : 1

| Taux TVA | HT Brut | %Rem  | Remise | HT Net | TVA  | Total Net HT |          |
|----------|---------|-------|--------|--------|------|--------------|----------|
| 2,1%     | 2,52    | 0,00% | 0,00   | 2,52   | 0,05 | 2,52 EUR     |          |
|          |         |       |        |        |      | TVA          | 0,05 EUR |
|          |         |       |        |        |      | Montant TTC  | 2,57 EUR |
|          |         |       |        |        |      |              |          |
|          |         |       |        |        |      |              |          |
|          |         |       |        |        |      |              |          |
| Totaux   | 2,52    | 0,00% | 0,00   | 2,52   | 0,05 |              |          |

Pharmacie acceptant le règlement des sommes dues par chèque, libellé à son nom en sa qualité de membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale.

En cas de non paiement à la date d'échéance indiquée, l'acheteur sera de plein droit redevable de l'application d'un intérêt de retard calculé sur l'intégralité des sommes restant dues, intérêt d'un montant égal à deux fois le taux d'intérêt légal, montant auquel viendra s'ajouter une indemnité forfaitaire de recouvrement de 40 euros.





## Facture

Numéro de facture

230033689

Date

11/07/2023

Code client

342028842

## PHARMACIE DU PIREE

M. Morgan LAURE

Place Jean Bene

34000 MONTPELLIER

FRANCE

Tél : 04 99 13 65 50

Fax : 04 99 13 65 50

E-mail : pharmaciedupiree@gmail.com

HAILAOU ABDELMOUNAIM

75001 PARIS

SIRET : APE :

TVA Intracommunautaire :

BNP 30004 02402 00010057853 48

Mode de règlement : Espèces

Echéance : 01/08/2023

| Code13Réf       | Désignation                    | Qté | HT U Brut | %Rem | HT U Net | Mt HT Net | %TVA |
|-----------------|--------------------------------|-----|-----------|------|----------|-----------|------|
| 34009 2683061 8 | IRBESART H BIOG150/12MG5 CPR30 | 1   | 4,5642    | 0,00 | 4,5642   | 4,56      | 2,1  |
| 34009 4919148 2 | OXOMEMAZINE BIOG SOL SSUC150I  | 1   | 2,9481    | 0,00 | 2,9481   | 2,95      | 2,1  |

Quantité totale des produits : 2

| Taux TVA | HT Brut | %Rem  | Remise | HT Net | TVA  | Total Net HT | 7,51 EUR |
|----------|---------|-------|--------|--------|------|--------------|----------|
| 2,1%     | 7,51    | 0,00% | 0,00   | 7,51   | 0,16 | TVA          | 0,16 EUR |
|          |         |       |        |        |      | Montant TTC  | 7,67 EUR |
|          |         |       |        |        |      |              |          |
|          |         |       |        |        |      |              |          |
| Totaux   | 7,51    | 0,00% | 0,00   | 7,51   | 0,16 |              |          |

Pharmacie acceptant le règlement des sommes dues par chèque, libellé à son nom en sa qualité de membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale.

En cas de non paiement à la date d'échéance indiquée, l'acheteur sera de plein droit redevable de l'application d'un intérêt de retard calculé sur l'intégralité des sommes restant dues, intérêt d'un montant égal à deux fois le taux d'intérêt légal, montant auquel viendra s'ajouter une indemnité forfaitaire de recouvrement de 40 euros.







## Facture

Numéro de facture

Date

Code client

230033774

11/07/2023

342028842

PHARMACIE DU PIREE

M. Morgan LAURE

Place Jean Bene

34000 MONTPELLIER

FRANCE

Tél : 04 99 13 65 50

Fax : 04 99 13 65 50

E-mail : pharmaciadupiree@gmail.com

HAILOUA AMAL

\*

34000 MONTPELLIER

SIRET : APE :

TVA Intracommunautaire :

BNP 30004 02402 00010057853 48

Mode de règlement : Espèces

Echéance : 01/08/2023

| Code13Réf       | Désignation                    | Qté | HT U Brut | %Rem | HT U Net | Mt HT Net | %TVA |
|-----------------|--------------------------------|-----|-----------|------|----------|-----------|------|
| 34009 3443873 8 | VENTOLINE 100MCG AERO DOSE 20  | 1   | 4,5054    | 0,00 | 4,5054   | 4,51      | 2,1  |
| 34009 3012345 4 | ACID.GADOTERIQ.GBT INJ FV20ML1 | 1   | 30,5387   | 0,00 | 30,5387  | 30,53     | 2,1  |
| 34009 3130737 2 | NORMACOL LAV AD FL 130ML       | 1   | 2,5171    | 0,00 | 2,5171   | 2,52      | 2,1  |

Quantité totale des produits : 3

| Taux TVA | HT Brut | %Rem  | Remise | HT Net | TVA  | Total Net HT | 37,56 EUR |
|----------|---------|-------|--------|--------|------|--------------|-----------|
| 2,1%     | 37,56   | 0,00% | 0,00   | 37,56  | 0,79 | TVA          | 0,79 EUR  |
|          |         |       |        |        |      | Montant TTC  | 38,35 EUR |
|          |         |       |        |        |      |              |           |
|          |         |       |        |        |      |              |           |
|          |         |       |        |        |      |              |           |
| Totaux   | 37,56   | 0,00% | 0,00   | 37,56  | 0,79 |              |           |

Pharmacie acceptant le règlement des sommes dues par chèque, libellé à son nom en sa qualité de membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale.  
En cas de non paiement à la date d'échéance indiquée, l'acheteur sera de plein droit redevable de l'application d'un intérêt de retard calculé sur l'intégralité des sommes restant dues, intérêt d'un montant égal à deux fois le taux d'intérêt légal, montant auquel viendra s'ajouter une indemnité forfaitaire de recouvrement de 40 euros.



342028842 PHARMACIE DU PIREE - Place Jean Bene - 34000 MONTPELLIER

APE: - BNP 30004 02402 00010057853 48 - TVA Intracommunautaire :





# URODOC

Les Bureaux du Polygone - 8ème étage  
265, avenue des Etats du Languedoc - 34000 MONTPELLIER  
Tél. 04 67 20 21 83 - Fax 04 67 20 21 82 - [secretariat@urodoc.fr](mailto:secretariat@urodoc.fr) - [www.urodoc.fr](http://www.urodoc.fr)

**Docteur Damien PASQUIER**

Ancien interne et chef de clinique  
des Hôpitaux de Montpellier

R.P.P.S. : 1010.145.23.15

**34.10.38.131**

Le 17/07/2023

**Mr HAILOUA Abdel mounhin**

**OXOMÉMAZINE : 1 flacon**

**Docteur Damien PASQUIER**

Ancien interne et chef de clinique  
des Hôpitaux de Montpellier

R.P.P.S. : 1010.145.23.15

**34.10.38.131**

Le 17/06/2023

**Mr HAILOUA Abdel mounhin**

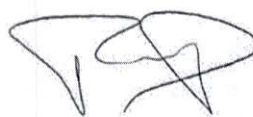
*Se procurer en pharmacie en vue de l'IRM prostatique :*

**NORMACOL** : 1 lavement à réaliser au domicile 1 à 3 heure avant l'examen

**DOTAREM 20 ml solution injectable** : une seringue pré-remplie.

CIP 3400927947025

(NB : une abstinence sexuelle de 72 heures est demandée avant l'examen)







# URODOC

Les Bureaux du Polygone - 8ème étage  
265, avenue des Etats du Languedoc - 34000 MONTPELLIER  
Tél. 04 67 20 21 83 - Fax 04 67 20 21 82 - [secretariat@urodoc.fr](mailto:secretariat@urodoc.fr) - [www.urodoc.fr](http://www.urodoc.fr)

**Docteur Damien PASQUIER**

Ancien interne et chef de clinique  
des Hôpitaux de Montpellier

R.P.P.S. : 1010.145.23.15

**34.10.38.131**

Le 17/06/2023

**Mr HAILOUA Abdel mounhin**

*Pratiquer auprès d'un radiologue, pour la prochaine consultation  
Transmettre le résultat par mail au [secretariat@urodoc.fr](mailto:secretariat@urodoc.fr)  
Ou Faxer le résultat au 04.67.20.21.82*

**IRM PELVI PROSTATIQUE multiparamétrique avec Score de PIRADS**

PSA : 7.28 ng/ml

Recherche de cible

HOPITAL LAPEYRONIE  
371 Av Doyen Gaston Giraud  
34295 MONTPELLIER CEDEX 5  
TEL : 0467339213  
N° TVA : FR80263400160

Le 12/07/2023

LAP - REGIE CENTRALE  
HOPITAL LAPEYRONIE - ACCUEIL ADMISSIONS  
- NIVEAU 0  
TEL : 04-67-33-80-11

LAP - CAISSE CENTRALE  
HOPITAL LAPEYRONIE - ACCUEIL  
ADMISSIONS - NIVEAU 0  
TEL : 04-67-33-80-11

## Quittance

Quittance N° 001363

La caisse N° 001 a reçu le 12/07/2023 de HAILOUA ABDEL MOUNHIM la somme de 235,80 Euros réglée en Carte Bancaire pour le paiement des soins externes du patient suivant :

HAILOUA ABDEL MOUNHIM  
180 BD DES CONSULS DE MER  
34000 MONTPELLIER

Numéro de dossier : 7118610330  
Numéro de sécurité sociale :

### Détail du paiement

Montant total des actes : 235,80 Euros

| Date        | UF   | Médecin Code Acte | Coef/Qté       | P. Unit. | Taux | Montant | Majorat°  |
|-------------|------|-------------------|----------------|----------|------|---------|-----------|
| -12/07/2023 | 1105 | 000000000(06)     | ADIZCQJ004 1 0 |          | 1    | 69,00   | 100 69,00 |
| -12/07/2023 | 1105 | 000000000(06)     | ADIYYYY600 1 0 |          | 1    | 0,75    | 100 0,75  |
| -12/07/2023 | 1105 | 000000000 FTN     | 1              | 166,05   | 100  | 166,05  |           |

Parcours de soins : Pas concerné dispositif





HAILOUA abdel mounhin

Facture n° 000000846 du 17/07/2023

| Description | Code | Date       | Montant HT | TVA   | Montant TTC |
|-------------|------|------------|------------|-------|-------------|
| APC         | APC  | 17/07/2023 | 75,00      | 0,0 % | 75,00       |

Dû Total HT : 75,00 €  
TVA : 0%  
Dû Total TTC : 75,00 €

Mode de règlement : CB  
Date de règlement : 17/07/23  
Réglé : 75,00 €

Dr DAMIEN PASQUIER  
16 CHIRURGIE UROLOGIQUE  
LES BUREAUX DU POLYGONE  
0265 AV DES ETATS DU LANGUEDOC  
34000 MONPELLIER  
34 1 03813 1 00 3 34 1 16

## 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

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

numéro d'immatriculation

date de naissance

1 7 0 1 1 9 6 2  
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)

## IDENTIFICATION DU MEDECIN

DOCTEUR PASQUIER DAMIEN

16 CHIRURGIE UROLOGIQUE

CONVENTIONNE HONO. LIBRES

## IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

265 AVENUE DES ETATS DU LANGUEDOC  
LES BUREAUX DU POLYGONE

34000 MONTPELLIER

=&gt; 34 1 03813 1 00 3 34 1 16 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)

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

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

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

X

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<br>CNPSY<br>V, VS<br>VNPSY | autres actes<br>(K, CsC, P...)<br>éléments de tarification<br>CCAM | montant des honoraires facturés ① | dépass. | frais de déplacement |      |           |
|-----------------|-----------------|-----------|----------------------------------|--|-----------------------------------|---------|----------------------|------|-----------|
|                 |                 |           |                                  |  |                                   |         | I.D. ②               |      | I.K.      |
|                 |                 |           |                                  |  |                                   |         | M.D.                 | nbre | montant ③ |
| 1 7 0 7 2 0 2 3 |                 |           |                                  | APC  | 7 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 |                 |           |                                  |  |                                   |         |                      |      |           |
| J J M M A A A A |                 |           |                                  |  |                                   |         |                      |      |           |

## PAIEMENT

MONTANT TOTAL  
en euros (1+2+3)

7 5 , 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



# quelques conseils pour remplir votre feuille de soins

N° 51070 #02

**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.**



ETBIOSBS1022

BIOGARAN®

## OXOMÉMAZINE BIOGARAN® 0,33 mg/ml SANS SUCRE

SOLUTION BUVALE ÉDULCORÉE  
À L'ACÉSULFAME POTASSIQUE

**INDICATIONS D'UTILISATION :**  
Ce médicament est préconisé pour calmer  
les toux sèches ou les toux d'irritation  
chez l'adulte et l'enfant de plus de 2 ans,  
en particulier lorsqu'elles surviennent  
le soir ou pendant la nuit.

**MODE ET VOIE  
D'ADMINISTRATION :** Voie orale.  
Lire la notice avant utilisation.

### POSOLOGIE :

Chez l'adulte et l'enfant  
de plus de 40 kg (soit 12 ans) :  
10 ml par prise, 4 fois par jour.  
Chez les enfants âgés  
de 2 à 12 ans :

La dose quotidienne est fonction du poids  
de l'enfant (1 ml de solution buvable  
par kg de poids corporel et par jour),  
soit à titre indicatif :  
- enfant de 13 à 20 kg (soit 2 à 6 ans) :  
5 ml par prise, 2 à 3 fois par jour ;  
- enfant de 20 à 30 kg (soit 6 à 10 ans) :  
10 ml par prise, 2 à 3 fois par jour ;  
- enfant de 30 à 40 kg (soit 10 à 12 ans) :  
10 ml par prise, 3 à 4 fois par jour.

Utiliser le gobelet doseur :



avec gobelet doseur  
150 ml  
Flacon de

OXOMÉMAZINE  
BIOGARAN®  
0,33 mg/ml  
SANS SUCRE  
SOLUTION BUVALE ÉDULCORÉE  
À L'ACÉSULFAME POTASSIQUE

## OXOMÉMAZINE BIOGARAN® 0,33 mg/ml SANS SUCRE

SOLUTION BUVALE ÉDULCORÉE  
À L'ACÉSULFAME POTASSIQUE



OXOMÉMAZINE  
BIOGARAN® 0,33 mg/ml  
SANS SUCRE  
solution buvable  
+ GROSSESSE = DANGER

**Ne pas utiliser  
chez la femme enceinte,  
sauf en l'absence d'alternative  
thérapeutique**



**Soyez très prudent**  
Ne pas conduire sans l'avis  
d'un professionnel de santé

**TENIR HORS DE LA VUE  
ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS**



FLACON VIDE  
+ ÉTUI  
+ NOTICE



FLACON  
NON VIDE



PHARMACIE

1/8

PRELIER  
ANGOULEME

BIOGARAN®

## OXOMÉMAZINE BIOGARAN® 0,33 mg/ml SANS SUCRE

SOLUTION BUVALE ÉDULCORÉE  
À L'ACÉSULFAME POTASSIQUE

### COMPOSITION :

Oxoméazine : 0,033 g  
Pour 100 ml de solution buvable.  
Ce médicament contient du maltitol  
(E965).

Voir la notice pour plus d'informations.

**TITULAIRE / EXPLOITANT :**  
Laboratoires BIOGARAN  
15, boulevard Charles de Gaulle  
92707 Colombes Cedex

Médicament autorisé  
n° 34009 491 914 8 2

### Avant ouverture :

Pas de précautions particulières  
de conservation.

### Après ouverture :

La solution buvable se conserve 6 mois  
à une température ne dépassant pas 25°C.

**DATE D'OUVERTURE :**

Médicament non soumis  
à prescription médicale.

BIOGARAN®

## OXOMÉMAZINE BIOGARAN® 0,33 mg/ml SANS SUCRE

SOLUTION BUVALE ÉDULCORÉE  
À L'ACÉSULFAME POTASSIQUE

5ml  
3415

Flacon de  
150 ml  
avec gobelet doseur



VOIE ORALE

|           |                                 |                                  |
|-----------|---------------------------------|----------------------------------|
| ..... ml  | .....                           | ④<br>HEURES                      |
| PAR PRISE | NOMBRE<br>DE PRISES<br>PAR JOUR | MINIMUM<br>ENTRE<br>CHAQUE PRISE |

PC: 03400949191482  
LOT: OSB0323  
EXP: 03 2026



pour inhalation  
100 microgrammes/dose  
Ventoline

**Ventoline**  
SALBUTAMOL



**100**  
microgrammes/  
dose

**Voie inhalée**  
Suspension pour inhalation  
en flacon pressurisé  
200 DOSES



PC: 03400949004751  
SN: 27MHN5HSVW1F  
LOT: 238U  
03 2024

## Ventoline

100 microgrammes/dose

Suspension pour inhalation  
en flacon pressurisé.

Voie inhalée



**RESPECTER LES  
DOSES PRESCRITES**

UNIQUEMENT SUR  
ORDONNANCE - LISTE I.

### Réceptif sous pression :

ne pas exposer à une chaleur  
supérieure à 30°C, ni au soleil. Ne  
pas percer, ne pas jeter au feu  
même vide. Ne pas réfrigérer, ne  
pas congeler. A conserver dans  
l'emballage d'origine.

Médicament autorisé n° 675/2008/01

Autorisation d'Importation Parallèle n° 3400949004751

Titulaire de l'Autorisation d'Importation Parallèle/Exploitant :

BB Farma s.r.l.

Viale Europa, 160

21017 Samarate (VA) - Italie

Établissement en charge de la modification du  
conditionnement :

Pricetag AD, Business Center Serdika

2E Akad Ivan Geshov blvd,

1330 Sofia - Bulgarie

Fabricant :

Glaxo Wellcome Production

Zone Industrielle 2 - 23 rue Lavoisier

F-27000 Evreux - France

## Ventoline

100 microgrammes/dose

Suspension pour inhalation  
en flacon pressurisé.

### COMPOSITION :

Sulfate de salbutamol.....  
..... 120,50 µg\*  
quantité correspondant à  
salbutamol..... 100,00 µg\*  
pour une dose

Gaz propulseur :

norflurane (tétrafluoroéthane ou  
HFA 134a)

µg\* = microgramme

LIRE LA NOTICE AVANT  
UTILISATION.

Tenir hors de la vue et de la portée  
des enfants.

AGITER AVANT L'EMPLOI.

3400949004751-2-393-PT-1



CIP: 34  
LOT: 414  
EXP: 01



# Normacol<sup>®</sup> lavement adultes

Dihydrogénophosphate de sodium dihydraté  
Hydrogénophosphate de sodium dodécahydraté

Boîte de 1 récipient unidose de 130 ml

SOLUTION RECTALE EN RÉCIPIENT UNIDOSE

## Normacol<sup>®</sup> lavement adultes

**Composition :** Dihydrogénophosphate de sodium dihydraté.....23,66 g  
Hydrogénophosphate de sodium dodécahydraté.....10,40 g  
Pour un récipient unidose de 130 ml.

Excipients : gomme de sterculia hydrolysée, acide sorbique,  
parahydroxybenzoate de méthyle sodé (E219), eau purifiée.

**Excipients à effet notoire :** parahydroxybenzoate de méthyle sodé  
(E219), acide sorbique. Voir la notice pour plus d'informations.

Normacol Lavement Adultes est un laxatif présenté en récipient unidose de 130 ml de solution rectale et est utilisé à partir de 15 ans pour :

- la préparation aux examens radiologiques et endoscopiques du rectosigmoïde.
- le traitement symptomatique de la constipation basse.



BOÎTE  
+ RÉCIPIENT VIDE  
+ CAPUCHON



## Normacol<sup>®</sup> lavement adultes

Dihydrogénophosphate de sodium dihydraté  
Hydrogénophosphate de sodium dodécahydraté

Boîte de 1 récipient unidose de 130 ml

SOLUTION RECTALE EN RÉCIPIENT UNIDOSE



## Normacol<sup>®</sup> lavement adultes

**Voie rectale. NE PAS AVALER.**

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

Une utilisation prolongée ou répétée est déconseillée. Lire la notice avant utilisation.

Médicament non soumis à prescription médicale. Médicament autorisé n°3400931307372.



UCD : 906 358 0

**Titulaire et Exploitant:**  
**NORGINE SAS**  
23 RUE FRANÇOIS I<sup>er</sup> 44000

NORMACOL, NORGINE et le logo avec la voile sont des marques déposées.

0115612107

612107