

# 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

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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 06938

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HAILAIA ABDELLAH

Date de naissance : 17/02/1962

Adresse : lot N 1AMAR (n°) N°8 Quai de la

Calypso Casablanca Ca  
Tél. : 060801 69 99 Total des frais engagés : . Dhs

## Cadre réservé au 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

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/07/2023

Nom et prénom du malade : HAILAIA ABDELLAH

Age : 61

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : AFFECTION

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.

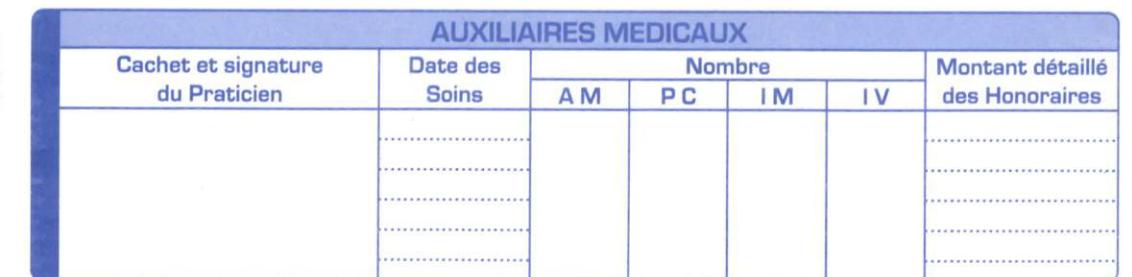
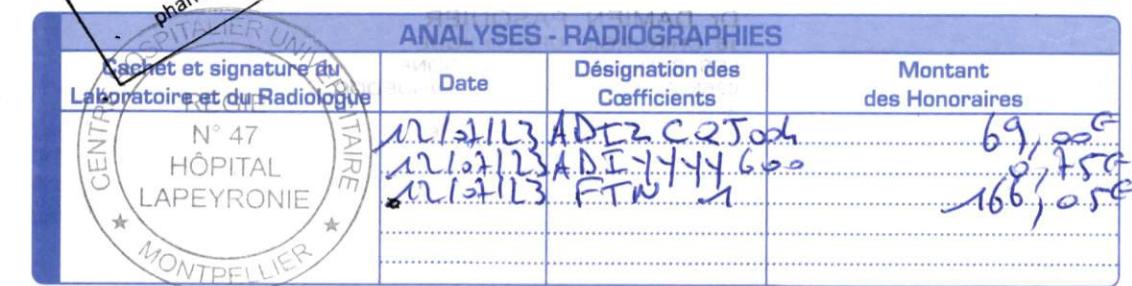
Fait à : Casablanca

Le : 17/07/2023

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 Remboursement Acres
11/01/23	Consultation	1	75,00 €	DAMEN PASQUIER LE CHIRURGIEN D'OCULISTE LES BUREAUX DU POLYGONE 0265 AV DES ETATS DU LANGUEDOC 34000 MONTPELLIER 34 1 03813 1 00 3 34 1 16

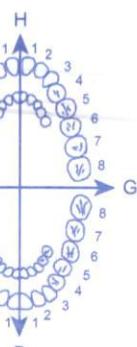
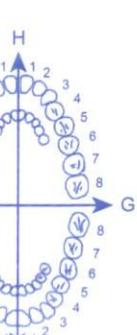


#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

### Important

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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. MANDOUL**  
**Dr E. PAGES-BOUC**  
**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

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



N° FINESS



**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, prédominant 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, prédominant au caecum, à confronter à une éventuelle symptomatologie digestive et à reconstruire 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 Équipe 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. MANDOUL**  
**Dr E. PAGES-BOUC**  
**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 Équipe 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 CHAMPLIAUD**  
**Dr M. ROJO**

**Secrétariats**

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

**Secrétariat IRM / Sénologie**  
Tél : 04 67 33 86 15  
Fax : 04 67 33 90 74

Irm : [irmlap@chu-montpellier.fr](mailto:irmlap@chu-montpellier.fr)  
Sénologie : [senolap@chu-montpellier.fr](mailto: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 hypersignal 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	Date	Code client
230033690	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 : pharmaciedupiree@gmail.com

**HAILAOU ABDELMOUNAIM****75001 PARIS**

SIRET : APE :

TVA Intracommunautaire :  
BNP 30004 02402 00010057853 48Mode 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
<b>Totaux</b>	<b>2,52</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00</b>	<b>2,52</b>	<b>0,05</b>		

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

230033689

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 : 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	
2,1%	7,51	0,00%	0,00	7,51	0,16	7,51 EUR	
						TVA	0,16 EUR
						Montant TTC	7,67 EUR
<b>Totaux</b>	<b>7,51</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00</b>	<b>7,51</b>	<b>0,16</b>		

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 : pharmaciedupiree@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		
2,1%	37,56	0,00%	0,00	37,56	0,79		
						Total Net HT	37,56 EUR
						TVA	0,79 EUR
						Montant TTC	38,35 EUR
<b>Totaux</b>	<b>37,56</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00</b>	<b>37,56</b>	<b>0,79</b>		

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.





# 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
-12/07/2023	1105		000000000(06)		ADIYYYY600	1 0	1	0,75
-12/07/2023	1105		000000000	FTN		1	166,05	100
						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 € Mode de règlement : CB  
TVA : 0% Date de règlement : 17/07/23  
Dû Total TTC : 75,00 € Réglé : 75,00 €

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

## feuille de soins - médecin

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale  
Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

numéro de facture (facultatif)

1	0	0	0	0	0	0	8	4	6
1	7	0	7	2	3				
J	J	M	M	A	A	A	A	A	A

date J J M M A A A A

## PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

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

nom et prénom

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

numéro d'immatriculation

1 7 0 1 1 9 6 2

date de naissance

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)

## 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

## X 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 "§" et les recommandations importantes)

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

accident causé par un tiers :	non X	oui	date J J M M A A A A
-------------------------------	-------	-----	----------------------

 MATERNITE

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement J J M M A A A A

 AT/MP

numéro

ou date J J M M A A A A

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous

nom et prénom du médecin :

(s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)

accès direct spécifique

urgence

hors résidence habituelle

X

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 CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P..) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	1	dépass.	frais de déplacement
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 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.

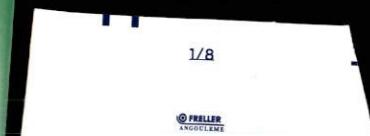
### Recommandations importantes :

**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.



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

**SOLUTION BUVABLE ÉDULCORÉE**  
À L'ACÉSULFAME POTASSIQUE

**COMPOSITION :**  
Oxomémazine : 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.

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

**SOLUTION BUVABLE ÉDULCORÉE**  
À L'ACÉSULFAME POTASSIQUE

5ml  
3q15

**Flacon de 150 ml avec gobelet doseur**



VOIE ORALE	ml	HEURES
PAR PRISE	NOMBRE DE PRISES PAR JOUR	MINIMUM ENTRE CHAQUE PRISE
..... ml	.....	.....
..... ml	.....	.....

PC: 03400949191482  
LOT: OSB0323  
EXP: 03 2026

pour inhalation  
100 microgrammes/dose  
Ventoline

gsk  
Ventoline  
SALBUTAMOL

100  
microgrammes/  
dose

Voie inhalée  
Suspension pour inhalation  
en flacon pressurisé  
200 DOSES



PC: 03400949004751  
SN: 27MHN5HSVW1F  
LOT: 03.2024

## Ventoline 100 microgrammes/dose

Suspension pour inhalation  
en flacon pressurisé.

Voie inhalée

RESPECTER LES  
DOSES PRÉSCRIPTIONS

UNIQUEMENT SUR  
ORDONNANCE - LISTE I.

### Récipient 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

3400949004751-2-393-PT-1

## 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.



# Normacol® 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  
+ RECIPIENT VIDE  
+ CAPUCHON



# Normacol® lavement adultes

Dihydrogénophosphate de sodium dihydraté  
Hydrogénophosphate de sodium dodécahydraté

adultes

Boîte de 1 récipient unidose de 130 ml

SOLUTION RECTALE EN RÉCIPIENT UNIDOSE

# Normacol® 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

22 RUE FRANÇOIS MURET

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

0115612107

A 7

312107