

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.

Biologie et Biologie :

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

Optique :

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

Rééducation :

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

Dentaire :

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

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

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

Adresses Mails utiles

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

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

N° P19-067992

ND: 32334

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1303 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : J. A. Br. :
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

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 :
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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-067992

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

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

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

N° P19- 045931

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1353 Société : RM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JABRI Rohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0663 05 18 00 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/03/2020

Nom et prénom du malade : HOSP de 18 ans 23/03/20 Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

P19 - 045931

cerfa

N° 11103*02

FEUILLE D'HONORAIRES D'ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE

N° de facture
18/03/20-A-0533

Joindre à cette feuille la prescription des actes

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) ET LE MALADE (1)

Numéro d'immatriculation
 Norm - Prénom JABRI
 (suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage) MOHAMMED
 ADRESSE 27 AV MARCEAU

CODE ORGANISME AFFILIATION
 Nom et Adresse
 de l'organisme
 de paiement

75008 PARIS 8EME ARRONDISSEM

Ne remplir qu'en cas d'accord entre mutuelle et régimes obligatoires

S'agit-il d'un accident
 causé par un tiers ?
 Si le malade est PENSIONNE DE GUERRE et si les soins
 concernent l'affection pour laquelle il est pensionné, cocher cette case

OUI Date

NON

CODE ORGANISME COMPLEMENTAIRE

SI LE MALADE N'EST PAS L'ASSURE(E)

Nom et Adresse
 de l'organisme
 complémentaire

NOM

Prénom

Date de naissance 30121944

1

PARTIE RESERVEE AU LABORATOIRE

IDENTIFICATION DU LABORATOIRE

NOM - Prénom - Qualité

ACTES RESERVES
(du directeur ou du directeur adjoint autorisé à les effectuer)

EYLAU - Unilabs-St Didier

55-57 rue Saint Didier

75116 PARIS

PRESCRIPTEUR : NOM et N°

Dr TREMEY BENJAMIN 920300761

NOM et qualité de l'exécutant des actes de prélèvement

ROUX SARAH

X Indiquer la date prévue de l'accouchement ou la date de l'accident

=> 75 3 79431 2 00 1 11 0 30

CAB CONV ZID - K SPEC

ACTES DE PRELEVEMENT

FRAIS ACCESSOIRES

Date d'exécution des actes	Cotation des actes suivant nomenclature	Montant des actes	Majorations (nuit, dimanche jour férié)	Montant du déplacement (D.E.)	Montant total des actes de prélèvement (5+2+3+4)	I.F. ou I.F.D.	I.D.	I.K.	Déplacement	Total des frais de déplacement
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
18032020	AMI1,50	4,73	0,00		4,73					0,00
18032020	MAU1,00	1,35			1,35					0,00

ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE

ACTES EFFECTUES

1145 9105 1140

71

19,17

TOTAL * (5+11+12+13)

0,00

25,25€

Part organisme obligatoire

0,00

Part organisme complémentaire

0,00

Date de la prescription

25,25

Date d'exécution des examens

Suppléments nuit, dimanche et jour férié

TOTAL DES COEFFICIENTS

NOM et N° du laboratoire transmetteur (à indiquer par le laboratoire exécutant)

REMBOURSEMENT

A L'ASSURE (E)

AU LABORATOIRE

X Cachet - tiers payant -

VIREMENT A UN COMPTE POSTAL, BANCAIRE OU DE CAISSE D'EPARGNE. Lors de la première demande de remboursement, joindre le relevé d'identité correspondant.

AUTRE MODE DE PAIEMENT

Le remboursement des prestations de l'assurance maladie exige l'attribution des données codées relatives aux actes effectués et aux prestations servies. La Loi n° 1178 du 6 janvier 1978 s'applique aux remboursements faits sur la base de données. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. Adressez vos demandes au service de l'assurance maladie.

Signature
de l'assuré(e)Signature du Directeur
du laboratoire attestant
l'exécution des actes et
le cas échéant le paiement

La loi rend possible d'entente et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fausses déclarations (art L377-1 du Code de la Sécurité Sociale, 441-1 du Code de Procédure)
 (1) se reporter à la carte d'assurance maladie (et pour les renseignements n'y figurant pas, à remplir selon les indications du malade)

FB01-02

S 3131e

Prélèvements

Déplacements : 0,00
 Examens : 19,17
 Examens transmis : 0,00
 Examens non remboursés : 0,00
 Frais : 0,00
 TOTAL : 25,25
 Montant à régler : 0,00
 Déjà réglé : 0,00
 Reste Du : 0,00

JABRI MOHAMMED
 27 AV MARCEAU

75008 PARIS 8EME ARRONDISSEM

Référence : 18/03/20-A-0533

TALON A DETACHER ET A JOINDRE A VOTRE REGLEMENT

CMC AMBROISE PARE

25-27, Bd Victor Hugo
92200 . NEUILLY SUR SEINE
Tél : 0826.200.300

CMC PIERRE CHEREST

5, rue Pierre Charest
92200 . NEUILLY SUR SEINE
Tél : 0826.200.300

CMC HARTMANN

26, Bd Victor Hugo
92200 . NEUILLY SUR SEINE
Tél : 0826.200.300

DEPARTEMENT D'ANESTHÉSIE-RÉANIMATION

Secrétariat : 01.46.41.46.76 /
Fax : 01.47.45.19.82
Mail : anesthesie92@gmail.com

IPP : 185564
N° dossier : 32000933 E : 16/03/2020
JABRI MOHAMMED
Né (e) le 30/12/1944
N. naie: JABRI Saxe : M
Médecin : Dr ALBERT SEBASTIEN



Docteur : Benjamin TREMEY

N° RPPS 10001627305

Neuilly, le 17/03/2020

Monsieur MOHAMMED JABRI

Ordonnance

EXAMEN DEMANDÉS DANS LE PARCOURS DE SOINS

Merci de prélever les examens suivants à l'entrée :

Groupe sanguin Rhésus (1 déter.)

Groupe sanguin Rhésus (2 déter.)

Agglutinines irrégulières

NFS-Plaquettes

Créatininémie

Prélevé le 18/3 à 10h35
Par ROUX Sarah
DE
N°ADELI 92 619 463 0

10^h30 2^e déter.

P19-045931

cerfa

N° 11103*02

FEUILLE D'HONORAIRES D'ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE

N° de facture
18/03/20-A-0530

Joindre à cette feuille la prescription des actes

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) ET LE MALADE (1)

Numéro d'immatriculation

CODE ORGANISME AFFILIATION

Nom - Prénom
(suivi s'il y a lieu
du nom d'usage)
ADRESSEJABRI
MOHAMMED
27 AV MARCEAUNom et Adresse
de l'organisme
de paiement

75008

PARIS 8EME ARRONDISSEM

Ne remplir qu'en cas d'accord entre mutuelle et régimes obligatoires

S'agit-il d'un accident
causé par un tiers ?
Si le malade est PENSIONNE DE GUERRE et si les soins
concernent l'affection pour laquelle il est pensionné, cocher cette case

OUI Date

XNON

CODE ORGANISME COMPLEMENTAIRE

SI LE MALADE N'EST PAS L'ASSURE(E)

Nom et Adresse
de l'organisme
complémentaire

NOM

Prénom

Date de naissance

30121944

1

PARTIE RESERVEE AU LABORATOIRE

IDENTIFICATION DU LABORATOIRE

NOM - Prénom - Qualité

ACTES RESERVES

(du directeur ou du directeur adjoint autorisé à les effectuer)

EYLAU - Unilabs-St Didier

PRESCRIPTEUR : NOM et N°

55-57 rue Saint Didier

Dr TREMEY BENJAMIN

920300761

75116 PARIS

Nom et qualité de l'exécutant des actes de prélèvement

ROUX SARAH

ACCIDENT DU TRAVAIL/MALADIE PROFESSIONNELLE

X Indiquer la date prévue de l'accouchement ou la date de l'accident

=> 75 3 79431 2 00 1 11 0 30

CAB CONV ZID IK SPEC

ACTES DE PRELEVEMENT

FRAIS ACCESSOIRES

Date d'exécution des actes	Cotation des actes suivant nomenclature	Montant des actes	Majorations (nuit, dimanche pour férié)	Montant du dépassement (DE)	Montant total des actes de prélèvement (5+2+3+4)	1.F. ou 1.F.D.	1.D.	1.K.	Dépassement	Total des frais de dépassement
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
18032020	AMI1,50	4,73	0,00		4,73					0,00
18032020	MAU1,00	1,35			1,35					0,00

ACTES EFFECTUES

ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE

1141 1140 1145 1104 9005 9107 0592 9105

164

13

44,28

TOTAL : (5+11+12+13)

50,36€

Part organisme obligatoires

0,00

Part organisme complémentaire

0,00

Date de la prescription

Date d'exécution des examens

Suppléments nuit, dimanche et jour férié

TOTAL DES COEFFICIENTS

NOM et N° du laboratoire transmetteur (à indiquer par le laboratoire exécutant)

REMBOURSEMENT

A L'ASSURE (E)

X

Cachet - tiers payant -

VIREMENT A UN COMPTE POSTAL, BANCAIRE OU DE CAISSE D'EPARGNE. Lors de la première demande de remboursement, joindre le relevé d'identité correspondant.

AUTRE MODE DE PAIEMENT

Le remboursement des prestations de l'assurance maladie s'effectue sur présentation des données codées relatives aux actes effectués et aux prestations servies. La Loi n° 101 du 13 janvier 1978 s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant, auprès de votre organisme d'assurance maladie.

Signature
de l'assuré(e)Signature du Directeur
du laboratoire attestant
l'exécution des actes et
le cas échéant le paiementLa loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L377-1 du Code de la Sécurité Sociale - 441-1 du Code de Procédure)
(1) se reporter à la carte d'assurance maladie (et pour les renseignements n'y figurant pas, à remplir selon les indications du malade)

FB01-02

S 3131e

Prélèvements

Déplacements : 0,00
Examens : 44,28
Examens transmis : 0,00
Examens non remboursés : 0,00
Frais : 0,00
TOTAL : 50,36
Montant à régler : 0,00
Déjà réglé : 0,00
Reste Du : 0,00

JABRI MOHAMMED
27 AV MARCEAU

75008 PARIS 8EME ARRONDISSEMEN

Référence : 18/03/20-A-0530

TALON A DETACHER ET A JOINDRE A VOTRE REGLEMENT

CMC AMBROISE PARE

25-27, Bd Victor Hugo
92200 . NEUILLY SUR SEINE
Tél : 0826.200.300

CMC PIERRE CHEREST

5, rue Pierre Cheres
92200 . NEUILLY SUR SEINE
Tél : 0826.200.300

CMC HARTMANN

26, Bd Victor Hugo
92200 . NEUILLY SUR SEINE
Tél : 0826.200.300

DEPARTEMENT D'ANESTHÉSIE-RÉANIMATION

Secrétariat : 01.46.41.46.76 /
Fax : 01.47.45.19.82
Mail : anesthesie92@gmail.com

Docteur : Benjamin TREMEY

N° RPPS 10001627305

IPP : 185564
N° dossier : 32000933 E : 18/03/2020
JABRI MOHAMMED
Né (e) le 30/12/1944
N. nais : JABRI Sexe : M
Médecin : Dr ALBERT SEBASTIEN



Neuilly, le 17/03/2020

Monsieur MOHAMMED JABRI

EXAMEN DEMANDÉS DANS LE PARCOURS DE SOINS

Merci de prélever les examens suivants à l'entrée :

Groupe sanguin Rhésus (1 déter.)

Groupe sanguin Rhésus (2 déter.)

Agglutinines irrégulières

NFS-Plaquettes

Créatininémie

Ordonnance

Prélevé le 18/3 à 10h35
Par ROUX Sarah
DE
N°ADELI 92 619 463 0

10^h30 2^e déter.

SAS CLINIQUE HARTMANN
26 BOULEVARD VICTOR HUGO

92200 NEUILLY SUR SEINE

Téléphone : 01.46.39.89.89
Télécopie : 01.47.57.33.10

FACTURE D'HOSPITALISATION PATIENT

640310

Nom d'Hospitalisation **JABRI**

Prénom **MOHAMMED**

Adresse **27 AV MARCEAU**

Code postal **75008**

Ville **PARIS 8EME ARRONDI**

N° dossier **32000933**

N° IPP **185564**

N° facture **640310**

N° Sécu :

Taux de Prise en Charge **80**

Mode de Sortie **Domicile**

Nombre de K

Date d'Entrée **18/03/2020 07:00**

Date de Sortie **23/03/2020 10:56**

	Tarifs	Nb/J.	Total	Malade	C.P.A.M	Mutuelle	Patient
Séjour							
137 Groupe Homogène de Séjours 18/03/20 23/03/20	4 790,86	1	4 946,56	4 846,56	0,00	0,00	4 846,56
137 FORFAIT JOURNALIER 18/03/20 22/03/20	20,00	5	0,00	100,00	0,00	0,00	100,00
137 CHAMBRE PARTICULIERE 18/03/20 23/03/20	220,00	6	1 320,00	1 320,00	0,00	0,00	1 320,00
972 Surveillance continue 18/03/20 20/03/20	260,56	3	807,08	807,08	0,00	0,00	807,08
137 FJA DE SORTIE 23/03/20 23/03/20	20,00	1	20,00	20,00	0,00	0,00	20,00
Honoraire							
137 Actes de chirurgie 18/03/20	527,05	1	561,31	0,00	0,00	0,00	0,00
137 AMI 1.50 18/03/20	3,15	2	4,73	4,73	0,00	0,00	4,73
137 AMI 1.50 18/03/20	3,15	2	4,73	4,73	0,00	0,00	4,73
137 B 18/03/20	0,27	164	44,28	44,28	0,00	0,00	44,28
137 B 18/03/20	0,27	71	19,17	19,17	0,00	0,00	19,17

REGLEMENT:

Facture soldée Dernier paiement le 18/03/2020, paiement par Virement

Sortie le : **23/03/2020 10:56**

Date de facturation: **28/04/2020**

N° Finess : **920300761**

SG SEJOUR

7 093,64

CIC HONORAIRES

Imprimé le: **20/05/2020 11:31**

314,43

P19 - 045931

SAS CLINIQUE HARTMANN
26 BOULEVARD VICTOR HUGO

92200 NEUILLY SUR SEINE

Téléphone : 01.46.39.89.89

Télécopie : 01.47.57.33.10

FACTURE D'HOSPITALISATION PATIENT

640310

Nom d'Hospitalisation **JABRI**

Prénom **MOHAMMED**

Adresse **27 AV MARCEAU**

Code postal **75008**

Ville **PARIS 8EME ARRONDI**

N° dossier **32000933**

N° IPP **185564**

N° facture **640310**

N° Sécu :

Taux de Prise en Charge **80**

Mode de Sortie

Domicile

Nombre de K

Date d'Entrée **18/03/2020 07:00**

Date de Sortie **23/03/2020 10:56**

	Tarifs	Nb/J.	Total	Malade	C.P.A.M	Mutuelle	Patient
137 Actes d'anesthésie 18/03/20	259,69	1	275,27	0,00	0,00	0,00	0,00
137 MAU 18/03/20	1,35	1	1,35	1,35	0,00	0,00	1,35
137 MAU 18/03/20	1,35	1	1,35	1,35	0,00	0,00	1,35
137 Actes techniques médicaux 18/03/20	48,00	1	48,00	48,00	0,00	0,00	48,00
137 Actes techniques médicaux 18/03/20	108,23	1	108,23	108,23	0,00	0,00	108,23
137 Actes techniques médicaux 18/03/20	40,00	1	40,00	40,00	0,00	0,00	40,00
137 Actes techniques médicaux 18/03/20	42,59	1	42,59	42,59	0,00	0,00	42,59
			8 244,65	7 408,07	0,00	0,00	7 408,07

Total facturé au patient

7408.07 €

Acompte

0,00 €

Total encaissé

15965.00 €

A rembourser

8556.93 €

Somme de : **-8 556,93 €** Régulée le :

Clinique HARTMANN

26, Bld Victor Hugo

92200 NEUILLY SUR SEINE

Tél. : 01 46 39 89 89

BON POUR ACQUIT

REGLEMENT:

Facture soldée Dernier paiement le 18/03/2020, paiement par Virement

Sortie le : **23/03/2020 10:56**

Date de facturation: **28/04/2020**

N° Finess : **920300761**

SG SEJOUR

7 093,64

CIC HONORAIRES

Imprimé le: **20/05/2020 11:31**

314,43

CMC AMBROISE PARE
25-27, Bd Victor Hugo
92200 . NEUILLY SUR SEINE
Tél : 0826.200.300

CMC PIERRE CHEREST
5, rue Pierre Chérest
92200 . NEUILLY SUR SEINE
Tél : 0826.200.300

CMC HARTMANN
26, Bd Victor Hugo
92200 . NEUILLY SUR SEINE
Tél : 0826.200.300

DEPARTEMENT D'ANESTHÉSIE-RÉANIMATION

Secrétariat : 01.46.41.46.76 /
Fax : 01.47.45.19.82
Mail : anesthesie92@gmail.com

Docteur : Benjamin TREMEY
N° RPPS 10001627305

IPP : 185564
N° dossier : 32000933 E : 18/03/2020
JABRI MOHAMMED
Né (e) le 30/12/1944
N. naiss: JABRI Sexe : M
Médecin : Dr ALBERT SEBASTIEN



Neuilly, le 17/03/2020

Monsieur MOHAMMED JABRI

EXAMEN DEMANDÉS DANS LE PARCOURS DE SOINS

Merci de prélever les examens suivants à l'entrée :

Groupe sanguin Rhésus (1 déter.)

Groupe sanguin Rhésus (2 déter.)

Agglutinines irrégulières

NFS-Plaquettes

Créatininémie

Ordonnance

Prélevé le 18/3 à 10h35
Par ROUX Sarah
DE
N°ADELI 92 619 463 0

10^h30 2^e déter.

CMC AMBROISE PARE
25-27, Bd Victor Hugo
92200 - NEUILLY SUR SEINE
Tél : 0826.200.300

CMC PIERRE CHEREST
5, rue Pierre Charest
92200 - NEUILLY SUR SEINE
Tél : 0826.200.300

CMC HARTMANN
26, Bd Victor Hugo
92200 - NEUILLY SUR SEINE
Tél : 0826.200.300

DEPARTEMENT D'ANESTHÉSIE-RÉANIMATION

Secrétariat : 01.46.41.46.76 /
Fax : 01.47.45.19.82
Mail : anesthesie92@gmail.com

Docteur : Benjamin TREMEY
N° RPPS 10001627305

IPP : 185564
N° dossier : 32000933 E : 18/03/2020
JABRI MOHAMMED
Né (e) le 30/12/1944
N. naiss: JABRI Sexe : M
Médecin : Dr ALBERT SEBASTIEN



Neuilly, le 17/03/2020

Monsieur MOHAMMED JABRI

Ordonnance

EXAMEN DEMANDÉS DANS LE PARCOURS DE SOINS

Merci de prélever les examens suivants à l'entrée :

Groupe sanguin Rhésus (1 déter.)

Groupe sanguin Rhésus (2 déter.)

Agglutinines irrégulières

NFS-Plaquettes

Créatininémie

Prélevé le 18/3 à 10h35
Par ROUX Sarah
IDE
N°ADELI 92 619 463 0

10^h30 2^e déter.

P19-045931

cerfa

N° 11103*02

FEUILLE D'HONORAIRES D'ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE

N° de facture
18/03/20-A-0530

Joindre à cette feuille la prescription des actes

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) ET LE MALADE (1)

Numéro d'immatriculation

Nom - Prénom
(suivi s'il y a lieu,
du nom d'usage)
ADRESSE
JABRI
MOHAMMED
27 AV MARCEAU

CODE ORGANISME AFFILIATION

Nom et Adresse
de l'organisme
de paiement

75008

PARIS 8EME ARRONDISSEM

Ne remplir qu'en cas d'accord entre mutuelle et régimes obligatoires

S'agit-il d'un accident
causé par un tiers ?
Si le malade est PENSIONNE DE GUERRE et si les soins
concernent l'affection pour laquelle il est pensionné, cocher cette case

OUI Date

X NON

CODE ORGANISME COMPLEMENTAIRE

Nom et Adresse
de l'organisme
complémentaire

SI LE MALADE N'EST PAS L'ASSURE(E)

NOM

Prénom

Date de naissance

30121944

1

PARTIE RESERVEE AU LABORATOIRE

IDENTIFICATION DU LABORATOIRE

NOM - Prénom - Qualité

ACTES RESERVES

(du directeur ou du directeur adjoint autorisé à les effectuer)

EYLAU - Unilabs-St Didier

55-57 rue Saint Didier

75116 PARIS

PRESCRIPTEUR : NOM et N°

Dr TREMEY BENJAMIN

920300761

Nom et qualité de l'exécutant des actes de prélèvement

ROUX SARAH

ACCIDENT DU TRAVAIL/MALADIE PROFESSIONNELLE

X Indiquer la date prévue de l'accouchement ou la date de l'accident

=> 75 3 79431 2 00 1 11 0 30

CAB CONV ZID IK SPEC

ACTES DE PRELEVEMENT

FRAIS ACCESSOIRES

Date d'exécution des actes	Cotation des actes suivant nomenclature	Montant des actes	Majorations (nuit, dimanche jour férié)	Montant du dépassement (D.E.)	Montant total des actes de prélèvement 5(2+3+4)	1.F. ou 1.F.D.	1.D.	1.K.	Dépassement	Total des frais de dépassement
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
18032020	AMI1,50	4,73	0,00		4,73					0,00
18032020	MAH1,00	1,35			1,35					0,00

ACTES EFFECTUES

ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE

1141 1140 1145 1104 9005 9107 0592 9105

164

12
44,28
TOTAL : (5+11+12+13)13
0,0050,36€
Part organisme obligatoirePart organisme
complémentaire

Part assuré

0,00
Date de la
prescription50,36
Date d'exécution
des examens

Suppléments nuit, dimanche et jour férié

TOTAL DES COEFFICIENTS

NOM et N° du laboratoire transmetteur (à indiquer par le laboratoire exécutant)

REMBOURSEMENT

A L'ASSURE (E)

X AU LABORATOIRE

Cachet - tiers payant -

VIREMENT A UN COMPTE POSTAL, BANCAIRE OU DE CAISSE D'EPARGNE. Lors de la première
demande de remboursement, joindre le relevé d'identité correspondant.

AUTRE MODE DE PAIEMENT

Le remboursement des prestations de l'assurance maladie exige
l'enregistrement des données codées relatives aux actes effectués
et aux prestations versées. La loi n° 101 du 13 mai 1978 et la loi
du 6 janvier 1978 s'appliquent aux réponses faites sur ce formulaire.
Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les
données vous concernant auprès de votre organisme
d'assurance maladie.Signature
de l'assuré(e)Signature du Directeur
du laboratoire attestant
l'exécution des actes et
le cas échéant le paiementLa loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L377-1 du Code de la Sécurité Sociale, 441-1 du Code de Procédure Pénale)
(1) se reporter à la carte d'assurance maladie (et pour les renseignements n'y figurant pas, à remplir selon les indications du malade)

FB01-02

S 3131e

Prélèvements

Déplacements : 0,00
Examens : 44,28
Examens transmis : 0,00
Examens non remboursés : 0,00
Frais : 0,00
TOTAL : 50,36
Montant à régler : 0,00
Déjà réglé : 0,00
Reste Du : 0,00

JABRI MOHAMMED
27 AV MARCEAU

75008 PARIS 8EME ARRONDISSEM

Référence : 18/03/20-A-0530

TALON A DETACHER ET A JOINDRE A VOTRE REGLEMENT

CMC AMBROISE PARE

25-27, Bd Victor Hugo
92200 . NEUILLY SUR SEINE
Tél : 0826.200.300

CMC PIERRE CHEREST

5, rue Pierre Chérest
92200 . NEUILLY SUR SEINE
Tél : 0826.200.300

CMC HARTMANN

26, Bd Victor Hugo
92200 . NEUILLY SUR SEINE
Tél : 0826.200.300

DEPARTEMENT D'ANESTHÉSIE-RÉANIMATION

Secrétariat : 01.46.41.46.76 /
Fax : 01.47.45.19.82
Mail : anesthesie92@gmail.com

Docteur : Benjamin TREMEY

N° RPPS 10001627305

IPP : 185564
N° dossier : 32000933 E : 18/03/2020
JABRI MOHAMMED
Né (e) le 30/12/1944
N. nais : JABRI Sexe : M
Médecin : Dr ALBERT SEBASTIEN



Neuilly, le 17/03/2020

Monsieur MOHAMMED JABRI

EXAMEN DEMANDÉS DANS LE PARCOURS DE SOINS

Merci de prélever les examens suivants à l'entrée :

Groupe sanguin Rhésus (1 déter.)

Groupe sanguin Rhésus (2 déter.)

Agglutinines irrégulières

NFS-Plaquettes

Créatininémie

Ordonnance

Prélevé le 18/3 à 10h35
Par ROUX Sarah
DE
N°ADELI 92 619 463 0

10^h30 2^e déter.

P19 - 045.931

cerfa

FEUILLE D'HONORAIRES D'ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE

N° de facture
18/03/20-A-0533

N° 11103*02

Joindre à cette feuille la prescription des actes

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) ET LE MALADE (1)

Numéro d'immatriculation
NOM - Prénom JABRI
(suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)
MOHAMMED
ADRESSE
27 AV MARCEAU

CODE ORGANISME AFFILIATION
Nom et Adresse
de l'organisme
de paiement

75008 PARIS 8EME ARRONDISSEM Ne remplir qu'en cas d'accord entre mutuelle et régimes obligatoires

S'agit-il d'un accident
causé par un tiers?
Si le malade est PENSIONNE DE GUERRE et a les soins
concernant l'affection pour laquelle il est pensionné, cocher cette case
OUI Date
Si LE MALADE N'EST PAS L'ASSURE(E)

X NON CODE ORGANISME COMPLEMENTAIRE
Nom et Adresse
de l'organisme
complémentaire

NOM
Prénom Date de naissance 30121944 1

PARTIE RESERVEE AU LABORATOIRE

IDENTIFICATION DU LABORATOIRE

NOM - Prénom - Qualité ACTES RESERVES
(du directeur ou du directeur adjoint autorisé à les effectuer)

EYLAU - Unilabs-St Didier

55-57 rue Saint Didier

75116 PARIS

PRESCRIPTEUR : NOM et N°

Dr TREMEY BENJAMIN 920300761
Nom et qualité de l'exécutant des actes de prélèvement

ROUX SARAH ACCIDENT DU TRAVAIL/MALADIE PROFESSIONNELLE
X Indiquer la date prévue de l'accouchement ou la date de l'accident

=> 75 3 79431 2 00 1 11 0 30

CAB CONV ZID IK SPEC

ACTES DE PRELEVEMENT

FRAIS ACCESSOIRES

Date d'exécution des actes	Cotation des actes suivant nomenclature	Montant des actes	Majorations (nuit, dimanche pour l'essai)	Montant du déplacement (DE)	Montant total des actes de prélèvement (5+3+4)	I.F. ou I.F.D.	I.D.	I.K.	Déplacement	Total des frais de déplacement
								Nombre	Montant	
18032020	AMI1,50	4,73	0,00		4,73					0,00
18032020	MAU1,00	1,25			1,25					0,00

ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE

ACTES EFFECTUES

1145 9105 1140

71

12 13
19,17 0,00
TOTAL : (5+11+12+13)

25,25€
Part organisme obligatoire

0,00
Part organisme complémentaire Part assuré

0,00 25,25
Date de la Date d'exécution
prescription des examens

Suppléments nuit, dimanche et jour férié

TOTAL DES COEFFICIENTS

NOM et N° du laboratoire transmetteur (à indiquer par le laboratoire exécutant)

REMBOURSEMENT

X AU LABORATOIRE
Cachet - hors avant -

A L'ASSURE (E)
VIREMENT A UN COMPTE POSTAL, BANCAIRE OU DE CAISSE D'EPARGNE Lors de la première
demande de remboursement, joindre le relevé d'identité correspondant.

AUTRE MODE DE PAIEMENT

(Le remboursement des prestations de l'assurance maladie exige
l'engagement des données codées relatives aux actes effectués
et aux prestations servies. La Loi « Informatique et Libertés »
du 6 janvier 1978 s'applique aux données traitées au laboratoire.
Elle garantit un droit d'accès, de modification, pour les
données vous concernant - auprès de votre organisme
d'assurance maladie.

Signature
de l'assuré(e)

Signature du Directeur
du laboratoire attestant
l'exécution des actes et
le cas échéant le paiement

Le loi rend possible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L377-1 du Code de la Sécurité Sociale, 441-1 du Code de Procédure)
(1) se reporter à la carte d'assurance maladie (et pour les renseignements n'y figurant pas, à remplir selon les indications du malade)

FB01-02

S 3131e

Prélèvements

Déplacements : 0,00
Examens : 19,17
Examens transmis : 0,00
Examens non remboursés : 0,00
Frais : 0,00
TOTAL : 25,25
Montant à régler : 0,00
Déjà réglé : 0,00
Reste Du : 0,00

JABRI MOHAMMED
27 AV MARCEAU

75008 PARIS 8EME ARRONDISSEMEN

Référence : 18/03/20-A-0533

TALON A DETACHER ET A JOINDRE A VOTRE REGLEMENT

CMC AMBROISE PARE

25-27, Bd Victor Hugo
92200, NEUILLY SUR SEINE
Tél : 0826.200.300

CMC PIERRE CHEREST

5, rue Pierre Chérest
92200, NEUILLY SUR SEINE
Tél : 0826.200.300

CMC HARTMANN

26, Bd Victor Hugo
92200, NEUILLY SUR SEINE
Tél : 0826.200.300

DEPARTEMENT D'ANESTHÉSIE-RÉANIMATION

Secrétariat : 01.46.41.46.76 /
Fax : 01.47.45.19.82
Mail : anesthesie92@gmail.com

IPP : 185664
N° dossier : 32000933 E : 18/03/2020
JABRI MOHAMMED
Né (e) le 30/12/1944
N. naie : JABRI Saxe : M
Médecin : Dr ALBERT SEBASTIEN



Docteur : Benjamin TREMEY

N° RPPS 10001627305

Neuilly, le 17/03/2020

Monsieur MOHAMMED JABRI

Ordonnance

EXAMEN DEMANDÉS DANS LE PARCOURS DE SOINS

Merci de prélever les examens suivants à l'entrée :

Groupe sanguin Rhésus (1 déter.)

Groupe sanguin Rhésus (2 déter.)

Agglutinines irrégulières

NFS-Plaquettes

Créatininémie

Prélevé le 18/3 à 10h35
Par ROUX Sarah
DE
N°ADELI 92 619 463 0

10^h30 2^e déter.

819-045931



CENTRE ORL MAILLOT
CHIRURGIE DU
COU ET DE LA FACE

Professeur Sébastien ALBERT

CHIRURGIEN ORL, DE LA FACE ET DU COU

CLINIQUE HARTMANN

26 Bd Victor Hugo, 92200 Neuilly-sur-Seine

N°RPPS : 10001570638

N°AM : 92 1 051736

CONVENTIONNÉ SECTEUR II

RÈGLEMENT DES HONORAIRES PAR CARTE BANCAIRE, CHÈQUE OU ESPÈCES

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE

Date d'intervention : 18/03/2020

Monsieur JABRI Mohammed

Opérateur : Pr Sébastien ALBERT / Dr Jean ABITBOL

Anesthésiste : Dr Vanessa GUELLEC

TITRE

LARYNGECTOMIE PARTIELLE ANTÉRIEURE DE TYPE TUCKER PAR CERVICOTOMIE

Rappel Clinique :

Patient de 75 ans présentant un carcinome épidermoïde du plan glottique situé au niveau de la commissure antérieure. Un bilan complet a été réalisé par scanner et TEP-scanner, la tumeur vient au contact du cartilage thyroïde mais sans l'atteindre. La tumeur est classée T1N0M0. Décision en RCP de traitement chirurgical par voie externe.

Intervention :

Sous anesthésie générale, intubation oro-trachéale par sonde de 6, patient installé en décubitus dorsal, billot sous les épaules.

Désinfection cutanée à la bétadine, mise en place des champs stériles.

Incision cervicale horizontale en regard du cartilage thyroïde.

Ouverture De la ligne blanche au niveau des muscles sous hyoïdien qui sont réclinés de chaque côté, permettant de dégager la partie antérieure et les 2 ailes thyroïdiennes. Incision antérieure du périchondre externe et décollement du plan périchondral de chaque côté. Section du cartilage thyroïde de chaque côté Jusqu'au niveau du périchondre interne au moteur piezoélectrique.

Ouverture de l'endolarynx du côté gauche permettant de visualiser la tumeur au niveau de la commissure antérieure. Exérèse sous contrôle visuel en passant au large de la tumeur emportant ainsi l'espace sous glottique, les 1/3 antérieurs du plan glottique et des bandes ventriculaires et allant en haut au niveau du pied de l'épiglotte. L'exérèse passe macroscopiquement au large, néanmoins des recoupes sous réalisées : sous glottique, corde vocale droite et gauche, bande ventriculaire droite et gauche et sont adressées en anatomopathologie. Vérification soigneuse de l'hémostase.



SAS CLINIQUE HARTMANN

26 BOULEVARD VICTOR HUGO

92200 NEUILLY SUR SEINE

Téléphone: 01.46.39.89.89 Fax : 01.47.57.33.10

N° Finess : 920300761

Neuilly, le 23/03/2020

19-045931

BULLETIN D'HOSPITALISATION

RENSEIGNEMENTS PATIENT :

N° dossier : 32000933

Nom : **JABRI**
Nom de Naissance : **JABRI**
Prénom : **MOHAMMED**

Né(e) le : **30/12/1944**
Adresse : **27 AV MARCEAU**
75008 PARIS 8EME ARRONDISSEMENT

Médecin traitant :

Code d'exonération : **0 Pas d'exoneration**

Nature d'assurance : **10 Maladie**

Art. 115 : **Non**
N° :

Date AT :

Date d'entrée : **18/03/2020**

Date de sortie : **23/03/2020** en Chirurgie Générale

Nom du Praticien : ALBERT SEBASTIEN

RENSEIGNEMENTS ASSURE :

Nom :
Prénom :
N° SS :
Caisse PC : /

Caisse FAC : /

Validité : **Pas de validite**
Droits ouverts jusqu'au :
Mutuelle :
N° adhérent :
Nom :
Adresse :

Signature de l'assuré

Le Bureau des admissions

CLINIQUE HARTMANN SAS
26, Bd Victor Hugo
92523 Neuilly-sur-Seine Cedex
Tél. : 01 46 39 89 89
Fax : 01 47 57 33 10

P19-045931

Plastie des cordes vocales et bandes ventriculaires par du PDS 5/0 et réinsertion du pied de l'épiglotte au niveau de la loge HTE par du PDS 3/0. Fermeture antérieure non jointive des ailes thyroïdiennes.

Fermeture du plan périchondral par un surjet de PDS 5/0.

Fermeture de la ligne blanche par un surjet de Vicryl 3/0.

Mise en place d'un drain transverse ressortant à chaque extrémité de l'incision.

Fermeture sous cutanée par Vicryl 3/0 et cutanée par Ethlion 4/0

Pr Sébastien ALBERT / Dr Jean ABITBOL

