

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

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

cique :

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

éducation :

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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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

Nº P19-

ND: 32334 067992

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **1303**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : **Jaber Rad**

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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie

Nº 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 OPTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

éducation :

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.

ntaire :

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

Nº P19- 045931

10/03

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1303

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TABRI Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0663051820

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

MUPRAS
RECEPTION 8

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : HOSP. de 18 au 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) :

8

PL9 - 045931



FEUILLE D'HONORAIRES D'ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE

N° 11103*02

Joindre à cette feuille la prescription des actes

N° de facture
18/03/20-A-0533

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

Numéro d'immatriculation

Nom - Prénom JABRI
 (seul si y a lieu du nom d'usage)
ADRESSE
 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
 concernant l'affection pour laquelle il est pensionné, cocher cette case
SI LE MALADE N'EST PAS L'ASSURE(E)

XNON CODE ORGANISME COMPLEMENTAIRE

Nom et Adresse
 de l'organisme
 complémentaire

NOM
 Prénom Date de naissance 30121944 1

PARTIE RESERVEE AU LABORATOIRE

NOM - Prénom - Qualité (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

ROUX SARAH ACCIDENT DU TRAVAIL/MALADIE PROFESSIONNELLE

=> 75 3 79431 2 00 1 11 0 30

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

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)	I.F. ou I.P.D.	I.D.	I.K.	Dépassement	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 MÉDICALE

ACTES EFFECTUÉS

1145 9105 1140

Reemboursement inférieur à 100 %	Reemboursement à 100 %	Montant des actes hors nomenclature	Montant des actes effectués y compris les suppléments	Montant du dépassement D.E.
71				13
			19,17	0,00

TOTAL *(5+11+12+13) 25,25€

Part organisme obligatoire

0,00

Part assuré

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)

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 douze mois suivants de la date de la prescription de l'acte. Les informations relatives à l'assurance maladie et à l'application de la loi du 6 janvier 1978 s'appliquent aux renseignements faits 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'assure(e)

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

La loi rend possible d'émettre en/ou d'emprunter un quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art L377-1 du Code de la Sécurité Sociale, 441-1 du Code Financier)

(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 ARRONDISSEMENT

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 Cherest
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 : 18/03/2020
JABRI MOHAMMED
Né (e) le 30/12/1944
N. naissance : JABRI Sexe : M
Médecin : Dr ALBERT SEBASTIEN



Docteur : Benjamin TREMEY
N° RPPS 10001627305

Neuilly , le 17/03/2020

Ordonnance

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

Prélevé le .../.../... par ROUX Sarah à 10^h35
DE
N°ADELI 92 619 463 0

10^h30 2^e déter -
—

P19-045931

cerfa

FEUILLE D'HONORAIRES D'ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE

N° 11103*02

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)

Numeréro d'immatriculation

Nom - Prénom JABRI
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

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

EYLAU - Unilabs-St Didier

55-57 rue Saint Didier

75116 PARIS

=> 75 3 79431 2 00 1 11 0 30

CAB CONV ZID IK SPEC

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

PRESCRIPTEUR : NOM et N°

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

ROUX SARAH ACCIDENT DU TRAVAIL/MALADIE PROFESSIONNELLE

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

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.F.)	Montant total des actes de prélèvement 5(2+3+4)	I.F. ou I.F.D.	I.D.	I.K.	Dépassement D.O.	Total des frais de déplacement
18032020	AMII,50	4,73	0,00		4,73					0,00
18032020	MAU1,00	1,35			1,35					0,00

ACTES DE BIOLOGIE MÉDICALE

ACTES EFFECTUÉS

1141	1140	1145	1104	9005	9107	0592	9105	164	Remboursement inférieur à 100 %	Remboursement à 100 %	Montant des actes hors nomenclature	Montant des actes effectués y compris les suppléments	Montant du dépassement D.E.
												44,28	0,00

TOTAL : (5+11+12+13) 44,28 0,00

50,36 €

Part organisme obligatoire

0,00 Part assuré

0,00 Date de la prescription 50,36 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)

8 164

0 0,00 18032020 18032020

REMBOURSEMENT

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.

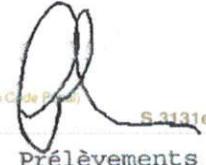
AUTRE MODE DE PAIEMENT

Le remboursement des prestations de l'assurance maladie englobe l'enregistrement des données codées renvoyées aux actes effectués et aux prestations servies. La loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 interdit aux organismes tâches sur ce formulaire d'enregistrer, stocker ou diffuser les données relatives aux personnes assurées, sous conditions, auxquelles de votre organisme d'assurance maladie.

La loi rend passible d'arrestation et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L577-1 du Code de la Sécurité Sociale, 441-1 du Code Pénal).

(1) se reporter à la carte d'assurance maladie (et pour les renseignements n'y figurant pas, à remplir selon les indications du malade)

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


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 ARRONDISSEMENT

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 Cherest
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

Ordonnance

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 17/3 par ROUX Sarah à 10^h35
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
Nombre de K
Domicile

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 HONORAIRE

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

Date d'Entrée 18/03/2020 07:00

Date de Sortie 23/03/2020 10:56

N° Sécu :

Taux de Prise en Charge

80

Mode de Sortie

Domicile

Nombre de K

	Tarifs	Nb/J.	Total	Malade	C.P.A.M	Mutuelle	Patient
137 Actes d'anesthesie 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 medicaux 18/03/20	48,00	1	48,00	48,00	0,00	0,00	48,00
137 Actes techniques medicaux 18/03/20	108,23	1	108,23	108,23	0,00	0,00	108,23
137 Actes techniques medicaux 18/03/20	40,00	1	40,00	40,00	0,00	0,00	40,00
137 Actes techniques medicaux 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 € Réglée le : _____

Clinique HARTMANN

26, Bld Victor Hugo
92200 NEUILLY SUR SEINE

Tél. : 01 46 39 89 89

BON POUR ACQUIT

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 Cherest
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 : 18/03/2020
JABRI MOHAMMED
Né (e) le 30/12/1944
N. nais: JABRI Sexe : M
Médecin : Dr ALBERT SEBASTIEN



Docteur : Benjamin TREMEY
N° RPPS 10001627305

Neuilly , le 17/03/2020

Monsieur MOHAMMED JABRI

EXAMEN DEMANDÉS DANS LE PARCOURS DE SOINS

Ordonnance

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 la 18/3
Par ROUX Sarah
IDE
N°ADELI 92 619 463 0

10^{cc} 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 Cherest
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 : 18/03/2020
JABRI MOHAMMED
Né (e) le 30/12/1944
N. nais: JABRI Sexe : 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 par ROUX Sarah à ADL n°35
DE
N°ADELI 92 619 463 0

ADL n°35 2e déter -

P105-045931

cerfa

FEUILLE D'HONORAIRES D'ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE

N° 11103*02

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 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

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

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

EYLAU - Unilabs-St Didier

PRESCRIPTEUR : NOM et N°

55-57 rue Saint Didier

Dr TREMERY BENJAMIN 920300761
 Nom et quantité de l'exécution des actes de prélèvement

75116 PARIS

ROUX SARAH ACCIDENT DU TRAVAIL/MALADIE PROFESSIONNELLE

=> 75 3 79431 2 00 1 11 0 30

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

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 (DE)	Montant total des actes de prélèvement 5(2+3+4)	I.F. ou I.F.D.	I.D.	I.K.	Dépassement	Total des frais de déplacement	
	1	2	3	4	5(2+3+4)	6	7	8	9	10	11
18032020	AMI1,50	4,73	0,00		4,73						0,00
18032020	MAII1,00	1,35			1,35						0,00

ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE

ACTES EFFECTUÉS

1141 1140 1145 1104 9005 9107 0592 9105

164

44,28 0,00

TOTAL * (5+11+12+13)

50,36€

Part organisme obligatoire

0,00

Part assuré

0,00 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)

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 servies. La Loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 a prévu que les personnes physiques et morales qui en sont garanties doivent donner 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 paiement

La 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 Postal)

(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 ARRONDISSEMENT

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 Chrest
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 : 18556
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

Ordonnance

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 .../.../...
Par ROUX Sarah
à 10^h 35
N°ADELI 92 619 463 0

10^h 30 2^e déter.

P19 - 045.931

cerfa

FEUILLE D'HONORAIRES D'ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE

N° 11103*02

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

Nom - Prénom JABRI
 (soud) s'il y a lieu.
 du nom d'usage)
ADRESSE
 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 opéderer
 causé par un tiers OUI DateSi le malade est PENSIONNE DE GUERRE et si les soins
 concernent l'affection pour laquelle il est pensionné, cocher cette case XNON 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 (du directeur ou du directeur adjoint autorisé à les effectuer)

EYLAU - Unilabs-St Didier

55-57 rue Saint Didier

PRESCRIPTEUR : NOM et N°

920300761

Dr TREMEY BENJAMIN

Nom et qualité de l'exécutant des actes de prélèvement

75116 PARIS

ROUX SARAH

ACCIDENT DU TRAVAIL/MALADIE PROFESSIONNELLE

=> 75 3 79431 2 00 1 11 0 30

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

CAB CONV ZID IK SPEC

ACTES DE PRELEVEMENT

FRAIS ACCESSOIRES

Date d'exécution des actes	Cotation des actes suivant immatriculation	Montant des actes	Majorations (mardi, dimanche et jour férié)	Montant du dépassement (DE)	Montant total des actes de prélèvement (52+3x4)	IF ou IFD	ID	IK	Dépassement	Total des frais de déplacement
18032020	AMI1,50	4,73	0,00		4,73					0,00
18032020	MNH1,00	1,35			1,35					0,00

ACTES DE BIOLOGIE MÉDICALE

ACTES EFFECTUÉS

1145 9105 1140

71

19,17 0,00

TOTAL * (5+11+12+13) 0,00

25,25

Part organisme obligatoire

0,00

Part assuré

0,00 25,25

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)

71

0

0,00

18032020

18032020

18032020

REMBOURSEMENT

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'enregistrement des données codées relatives aux actes réalisés et aux prestations rendues. L'aide à l'assurance et à l'application de la législation en matière d'assurance maladie ne peut être assurée que lorsque un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant existe dans votre organisme d'assurance maladie.

La 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 l'Assurance Maladie).

(1) se reporter à la carte d'assurance maladie (et pour les renseignements n'y figurant pas, à remplir selon les indications du malade)

Signature de l'assuré(e)

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



S 3131e
Prélèvements

FB01-02

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 ARRONDISSEMENT

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 Cherest
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 : 18/03/2020
JABRI MOHAMMED
Né (e) le 30/12/1944
N. naiss : JABRI Sexe : 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 :

Prélevé le 18/3/20 à 10^h35
Par ROUX Sarah
DE
N°ADELI 92 619 463 0

Groupe sanguin Rhésus (1 déter.)

Groupe sanguin Rhésus (2 déter.)

Agglutinines irrégulières

NFS-Plaquettes

Créatininémie

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 TÜCKER 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 périosté externe et décollement du plan périostal de chaque côté. Section du cartilage thyroïde de chaque côté jusqu'au niveau du périosté interne au marteau 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

P19 - 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 validité**

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-OUS 931

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

