

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 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

- 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.

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° W19-578239

N° D 50 258

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1157

Société :

RAM / Direction CTAe

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

HAMAYED - ELMILI RAFIK

Date de naissance :

07/08/1939

Adresse :

10 Rue de la Mer Balagne An Djal

Tél. :

06 31 53 315

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

16 / 10 / 2020

Nom et prénom du malade :

HAMAYED RAFIK

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Artrite chronique

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 :

29 / 11 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INF : [][][][][][][][][][]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Sebbag Allouche	14/11/2015	74,04
Facture ci-joint		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
SAS IRM PARIS 16 46-48 Rue Chardon Lagache 75016 PARIS 01 55 74 40 40	16/10/2020	ZC 9 N 002 + YYY Y 600 + 1 FT	200,00€ 70,10€

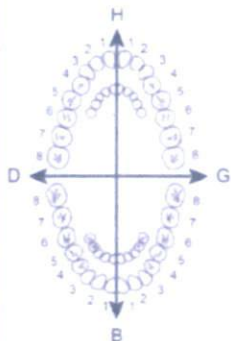
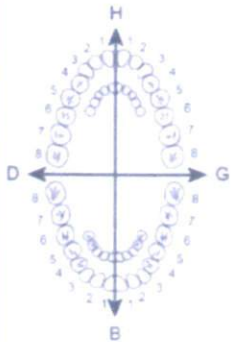
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

quelques conseils pour remplir votre feuille de soins

Le bon remplissage de votre feuille de soins est la garantie de votre remboursement par l'assurance maladie.

La première information à donner concerne **la personne recevant les soins et l'assuré(e)** :

Si vous ne payez pas votre pharmacien ou votre fournisseur, celui-ci remplira l'ensemble de cette rubrique, sur présentation de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne.

Si vous payez votre pharmacien ou votre fournisseur, celui-ci indiquera uniquement vos nom et prénom, dans la zone prévue, selon vos indications ou au vu des informations portées dans votre carte Vitale ou sur l'attestation papier qui l'accompagne.

Les autres zones seront remplies par vous même (*le code de l'organisme de rattachement n'est pas à préciser*).

- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous êtes **assuré(e) social(e)**, inscrivez seulement :
 - votre **numéro d'immatriculation** (en vous aidant de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne).
- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous n'êtes pas **assuré(e) social(e)**, indiquez :
 - votre **numéro d'immatriculation**,
ou (si celui-ci ne vous a pas été communiqué),
 - votre **date de naissance**,
 - le **nom** et le **prénom** de l'**assuré(e)** auquel (à laquelle) vous êtes rattaché(e) et son **numéro d'immatriculation**,
- **complétez enfin cette rubrique en indiquant l'adresse de l'assuré(e).**

Toutes les autres rubriques de la feuille de soins sont à compléter par votre pharmacien ou votre fournisseur; y compris le numéro de facture qui est une zone facultative destinée à son usage.

- * Si vos soins sont dispensés au titre de l'article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, il doit le préciser dans la case prévue à cet effet.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident causé par un tiers, précisez-le lui ainsi que la date de cet accident.
Ces renseignements doivent **obligatoirement** figurer sur la feuille de soins car ils permettent à l'assurance maladie de récupérer les frais relatifs à l'accident auprès de l'assureur concerné.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident du travail, dont vous avez été victime, ou avec une maladie professionnelle, présentez-lui la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle qui vous a été remise par votre employeur ou par votre organisme d'assurance maladie.

Recommandations importantes :

Le double de votre prescription médicale doit être joint à l'envoi de votre feuille de soins (sauf en cas de renouvellement, ou s'il a été joint à la demande d'accord préalable).

Prévenez votre organisme d'assurance maladie en cas de changement intervenant dans votre situation, par exemple :

- **changement de compte** bancaire, postal ou de caisse d'épargne : adressez-lui le relevé d'identité correspondant.
- **changement d'organisme** d'assurance maladie : prenez contact avec votre nouvel organisme d'assurance maladie pour le transfert de votre dossier afin de ne pas retarder le remboursement de vos soins et prestations, **n'oubliez pas** également d'indiquer votre nouvelle adresse sur la feuille de soins.

- * Si le pharmacien ou le fournisseur a coché la case "SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1", la feuille de soins doit être adressée à l'organisme gestionnaire mentionné sur votre attestation de pensionné(e).

N'oubliez pas de signer votre feuille de soins.

feuille de soins
pharmacien ou fournisseurArt. 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)

133172

date JJ MM AAAA 14 10 2020

PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT les SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur)

nom et prénom

HAMAYED EL MILI Rafik

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

numéro d'immatriculation

date de naissance

0 7 0 8 1 9 3 9 1

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

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le pharmacien ou
le fournisseur)

ADRESSE de L'ASSURE(E)

84 rue de charonne 75011 PARIS

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

MME SEBBAG ALLOUCHE .

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

PHARMACIE SEBBAG ALLOUCHE
97 AVE LEDRU ROLLIN
75011 PARIS
752013227

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom IRM Paris

identifiant

raison sociale

n° de la structure 750000010
(AM, FINESS ou SIRET)

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

14102020

date de l'accord préalable (le cas échéant)

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

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

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non XX

oui

date

J J M M A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée

Prest	CIP/Ref. LPP(UT)	Homeo Decon- c. lab dition.	Qte	PU	Mt Fact	Libelle	Nb btes utili.	Mod. presc	Indic. Subst.	Date debut	Date fin
PH7	3400936080218		1	70,93	70,93	GADOVIST 1MMOL/ML SER					
HD7			1	1,02	1,02	Honor. dispens. HD7					
HDR			1	0,51	0,51	Honor. dispens. HDR					
HDA			1	1,58	1,58	Honor. dispens. HDA					

imprimer les codes à barres
ou coller les étiquettes de la liste
des produits et prestations
dans l'ordre de la prescription

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros

7 4 , 0 4

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du pharmacien
ou du fournisseur

MME SEBBAG ALLOUCHE .

signature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

PHARMACIE SEBBAG ALLOUCHE	Fact. Num. :	133172
97 AVE LEDRU ROLLIN	Date Fact. :	14/10/2020
75011 PARIS	Date Ord. :	14/10/2020
752013227	Medecin:	IRM Paris
Tel : 0147002420	Code Op:	3
INSEE:	Malade:	HAMAYED EL MILI Rafik
84 rue de charonne		75011 PARIS

QTE	DESIGNATION	CIP	Prix/U	BaseSS	HD	TxSS
1	GADOVIST 1MMOL/M	3400936080218	70,93	-	1,02	0
	L SER 10ML 1		Ordo: 188051			
1	Honor. dispens.		0,51	-		0
	HDR					
1	Honor. dispens.		1,58	-		0
	HDA					

MONTANT TOTAL :	74,04	MONTANT AMD :	0,00
MONTANT AMC :	0,00	MONTANT ASSURE :	74,04

Ces montants s'entendent avant application, le cas échéant, de la franchise prévue à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale et indiquée sur le relevé de prestations.

IRM Paris 16

Patient :

M. HAMAYED Rafik

Né le :

07/08/1939

RDV le :

vendredi 16 octobre 2020 à 14h00

Avec :

Dr Marine LATAUD-ALLILAIRE

À l'adresse suivante :

IRM Paris 16

46 Rue Chardon Lagache

75016 Paris

M. HAMAYED Rafik

ACTE GRATUIT

Vous procurer en pharmacie :

- 1 flacon de GADOVIST 10 ml en seringue pré-remplie (Code CIP : 34009 360 802 1 8)

Si indisponible : 1 coffret GADOVISTAUTO de 10 ml (Code CIP : 34009 301 765 8 0)

Docteur WAJNAPEL

75174452

À Paris, le 14/10/2020

Dr Marine LATAUD-ALLILAIRE

N° RPPS : 10100466837

ACTES D'IMAGERIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE NUCLEAIRE
ACTES DE SCANOGRAPHIE

X

753

035

ASSURANCE
MALADIE

1er volet : destiné à l'organisme de paiement

2e volet : destiné au praticien

3e volet : destiné à l'établissement ou à la société

100176176

IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT OU DE LA SOCIETE		RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) (1)	
NOM	SAS IRM PARIS 16	NUMERO d'IMMATRICULATION	
ADRESSE	46-48 rue Chardon Lagache	NOM PATRONYMIQUE (nom de naissance)	HAMAYED ELMILI
Téléphone	75016 PARIS 01 55 74 40 40	NOM D'USAGE	Rafik
		PRENOM	84 rue de Charonne
N° d'établissement ou de la société	750022568		75011 PARIS
N° de l'appareil ou N° d'agrément	35067	CODE ORGANISME D'AFFILIATION	
Date d'installation	03/09/2013	NOM et ADRESSE DE L'ORGANISME DE PAIEMENT	
Puissance ou classe de l'appareil	1,5 tesla		
Tarification du forfait technique	N° d'ordre de l'examen		
normal <input type="checkbox"/>	6483		
réduit <input checked="" type="checkbox"/> (3)	Montant en euro		
	70,10 €		
REMBOURSEMENT (2)		RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE (1)	
<input type="checkbox"/> A L'EXPLOITANT	<input checked="" type="checkbox"/> A L'ASSURE(E)	Droits jusqu'au	
N° de compte postal, bancaire ou de Caisse d'Epargne et intitulé :		S'agit-il d'un accident ?	<input type="checkbox"/> OUI Date <input type="text"/> <input checked="" type="checkbox"/> NON
		Le malade est-il hospitalisé	<input type="checkbox"/> OUI Date d'hospitalisation <input type="text"/>
		NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT	
		<input checked="" type="checkbox"/> NON	
		Si le malade est pensionné de guerre et si les soins concernent l'affection pour laquelle il est pensionné, cocher cette case	<input type="checkbox"/>
		SI LE MALADE N'EST PAS L'ASSURE(E)	
		NOM PATRONYMIQUE	
		PRENOM	Date de naissance
		Lien avec l'assuré	
		<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre membre de la famille	
		<input type="checkbox"/> Personne vivant maritalement avec l'assuré(e)	
IDENTIFICATION DU MEDECIN AYANT EFFECTUE L'ACTE		J'atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements portés ci-dessus	
NOM - Prénom	Docteur LATAUD		
ADRESSE	Marine		
Téléphone			
NUMERO D'IDENTIFICATION	751720970 0 3 31 0 06		
Date de l'acte	16/10/2020		
Signature de l'exploitant	Signature du médecin	Signature de l'assuré(e)	
La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations. (Articles L377-1 du Code de la Sécurité Sociale, 441-1 du code Pénal).		(1) se reporter à la carte d'assurance maladie	

(2) Le destinataire du remboursement ne peut en aucun cas être le médecin ayant effectué l'acte.

(3) Valable pour les scanners installés après le 1er août 1991 et à compter du 1er janvier 1994 pour les appareils installés antérieurement au 1er août 1991.

CNAMTS 631-12-01

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.

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

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

nom et prénom HAMAYED ELMILI Rafik

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

numéro d'immatriculation

date de naissance

0 7 0 8 1 9 3 9

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)
84 rue de Charonne 75011 PARIS

IDENTIFICATION DU MEDECIN

DOCTEUR LATAUD MARINE

06 RADIODIAGNOSTIC ET IMAGERIE MEDICALE

CONVENTIONNE HONC. LIBRES

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

95 RUE MICHEL ANGE
SELARL

75016 PARIS

Tél 0140712412

=> 75 1 72098 8 00 3 31 0 06 n°AM

MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

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 EFFECTUES

(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : J J M M A A A A)

dates des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés ①	dépass.	frais de déplacement		
							I.D. ②	I.K.	
							M.D.	nbre	montant ③
1 6 1 0 2 0 2 0	Z C Q N 0 0 2 1				1 9 9,2 5	X			
1 6 1 0 2 0 2 0	Y Y Y Y 6 0 0 1				0,7 5				
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)

2 0 0,0 0

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du médecin
ayant effectué
l'acte ou les actessignature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités (part patient : 200,00 €) 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.

(aucun objet)

3 messages

ROCHA Angela <angela.rocha@aphp.fr>

27 septembre 2018 à 15:02

À : "Rafik Hamayed - El Mili (rafik.hamayed@gmail.com)" <rafik.hamayed@gmail.com>

Bonjour

Le Pr MESSAS a vu avec le PR ACHOUH il faut faire une échographie tous les 6 mois et un IRM tous les ans

Bien à vous

Cordialement

Angela ROCHA

Secrétariat du chef de service médecine vasculaire

Professeur Emmanuel MESSAS

Tel : 01 56 09 37 55

Fax : 01 56 09 30 65

angela.rocha@aphp.fr

IRM PARIS 16

Imagerie par Résonance Magnétique

46 - 48 rue Chardon Lagache - 75016 PARIS

Tel : 01 55 74 40 40 Fax : 01 55 74 03 10

Dr Hélène BAHUREL-BARRERA - Dr Romain BAZELI - Dr Caroline ESCOURROU RIMAILHO - Dr François LAFITTE
Dr Yannik LARVOR - Dr Marine LATAUD-ALLILAIRE - Dr Sébastien MALAN
Dr Fabienne TAILLIEU-PRADEL - Dr Gérard WAJNAPEL

Docteur Marine LATAUD

Mr Le Professeur Emmanuel MESSAS
Hôpital Européen G. Pompidou
20 Rue Leblanc
75908 PARIS CEDEX 15

NM/ML

Monsieur HAMAYED ELMILI Rafik

Né (e) le 07/08/1939

Site : [www. Imagerieparis16. Com](http://www.Imagerieparis16.Com)

N° d'accès : 1.100176176

Apycript : selarl. Du. Cirm@medical75. Apycript. Org

Paris, le 16 octobre 2020

IRM AORTIQUE

INDICATION

Réévaluation d'un anévrisme de l'aorte ascendante, estimé à 50 mm au niveau du tube.

Aorte ascendante post-valsalva, mesuré à 48 mm sur la dernière échographie transthoracique (anneau à 26 mm, sinus de Valsalva à 40 mm).

Réévaluation du calibre de l'aorte ascendante et de la crosse.

TECHNIQUE

IRM Magnetom Aera SIEMENS mise en service le 03/09/13.

Séquences 3D, séquence sans injection et angiographique, et axiale T1 après injection de Gadovist 15 8 ml (lot n°KT063PK).

RESULTAT

L'examen est comparé à celui datant d'octobre 2019.

Examen de qualité légèrement sous optimale.

Anneau : mesuré environ à 21,8 mm x 29,7 mm.

Sinus de Valsalva : 36,4 mm x 38,2 mm.

Jonction sino-tubulaire : 34,9 mm x 35,7 mm.

Aorte ascendante : 49 mm x 51,7 mm.

Crosse : 33 mm x 38 mm.

Aorte thoracique descendante : 36 mm x 38 mm.

Discret épaississement pariétal de l'aorte thoracique descendante.

Absence d'anomalie sur les structures extrêmes aortiques explorés.

CONCLUSION

Comparativement à l'examen scanographique datant d'octobre 2019, globale stabilité de la dilatation de l'aorte ascendante, prédominant en sus-sinusien, avec un diamètre maximal du tube aortique qui est mesuré à 49 mm x 51,7 mm.

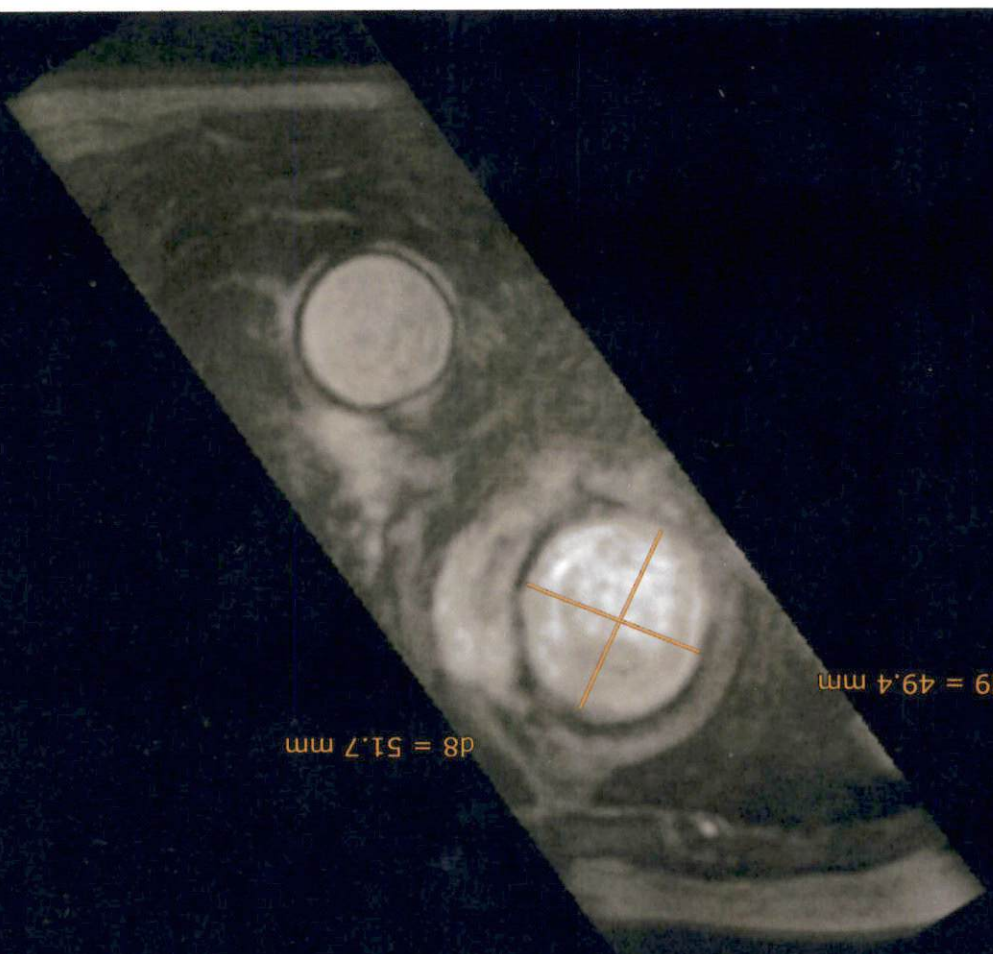
Devant la qualité non optimale de l'examen (discrets artéfacts cinétiques), nous proposons un contrôle ultérieur par angioscanner si vous le jugez nécessaire également.

Docteur M. LATAUD ALLILAIRE

Validation informatique du CR par le Radiologue

TE: 1.40
TR: 3.97
NSA: 1

RF



d8 = 51.7 mm

d9 = 49.4 mm

10 cm

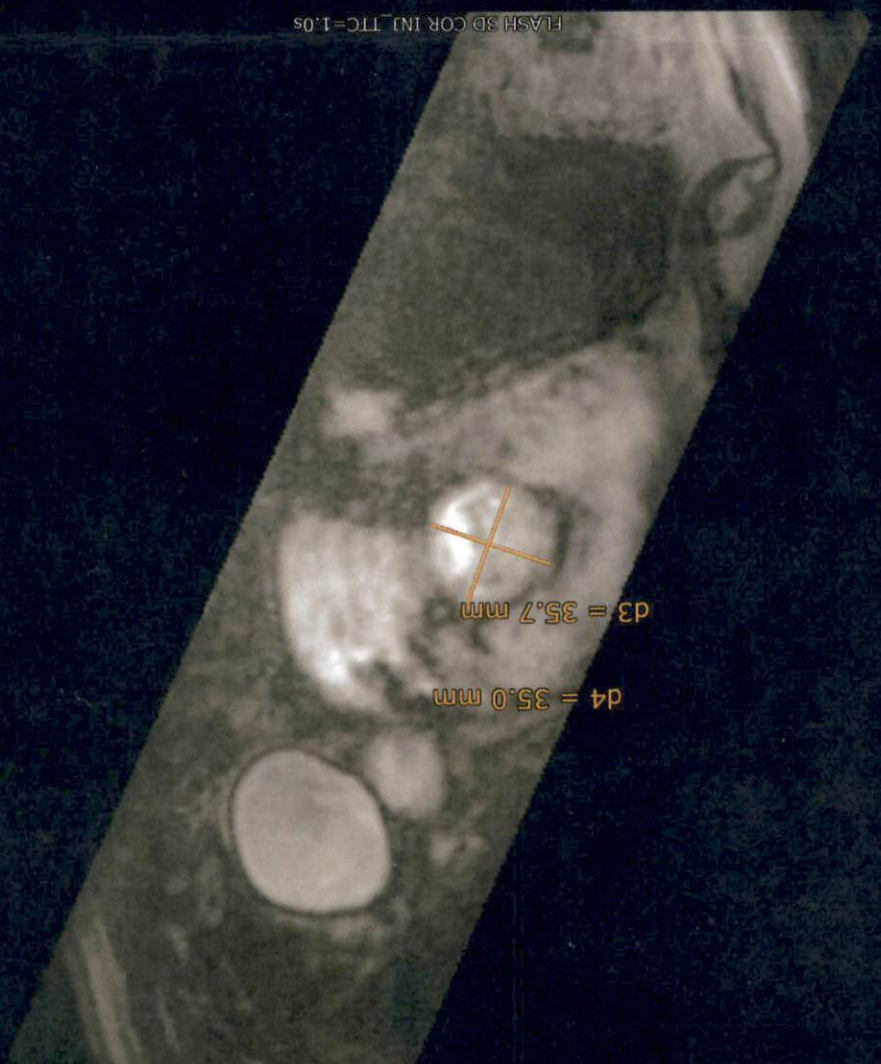
TE: 1.40
TR: 3.97
NSA: 1
1.5 T
ST 1
SL 40.6
HAMAYED ELMILL Rank
PID: 10012/857
DDN: 07/08/1939
Sex: M
172 cm 78 kg

FLASH 3D COR INJ TTC=1.0s

A

Imagerie Medical
ANGIO-AORTE THO
16/10/2020
15:41:44

AL



d3 = 35.7 mm

d4 = 35.0 mm

10 cm

PID: 10012/857
DDN: 07/08/1939
Sex: M
172 cm 78 kg

16/10/2020
15:39:44

IRM PARIS 16

46 Rue Chardon Lagache
75016 Paris

Nom du patient : HAMAYED ELMILI Rafik
Date de l'examen : 16/10/2020 15:19:00
Date de naissance : 07/08/1939
Description : ANGIO^AORTE THO
Modalité : IRM