

SELAS IM2P – MAISON de SANTÉ BEAUNE

CENTRE DE RADIOLOGIE

RADIOLOGIE GENERALE, ECHOGRAPHIE, MAMMOGRAPHIE, OSTEODENSITOMETRIE, SCANNER-IRM

CIM Maison de Santé Beaune

Bat A, 5 rue rég. de Bourgogne

21200 BEAUNE

Tel. : 03.80.22.57.55

Fax : 03.80.24.22.85

Villa Medicis

**Mme GROS Colette
22 Route de Pommard**

21200 21200 - BEAUNE

BEAUNE, le 14 août 2024

Madame Mme GROS Colette,

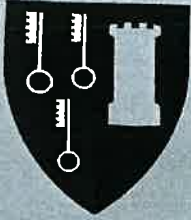
Vous avez rendez-vous le **Lundi 09 Septembre 2024 à 09H45** pour un examen.

Pensez à apporter :

- votre ordonnance au format papier
- vos anciens clichés
- Attention, pour les mammographies, toujours rapporter les examens antérieurs y compris ceux réalisés dans nos cabinets
- votre carte vitale (à défaut, votre attestation papier)
- une pièce d'identité (Carte d'identité, passeport...)
- un moyen de paiement

Pour votre confort et votre sécurité, nous vous recommandons de venir à votre rdv sans objet de valeur (bijoux, montre, somme importante en espèces...)

Le secrétariat



Hospices Civils de Beaune

Centre Hospitalier de Beaune

Avenue Guigone de Salins BP 40104 21203 Beaune Cedex

03.80.24.44.44

Ordonnance rédigée par Benjamin THURET

ROUPIE LUDOVIC

N°RPPS



10101946761

N°FINES



210987657

Patient

Nom de naissance : **GROS**

Nom d'usage : **GROS**

Prénom: **COLETTE**

Age : 89 ans

Poids : 40.200 Kg

Sexe :



ANNULE REMPLACE
SMR BEAUNE

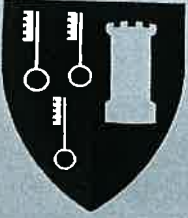
Beaune le 16/08/2024

Prescription **SANS RAPPORT** avec l'affection de longue durée (MALADIES INTERCURRENTES)

Merci de réaliser une ostéodensitométrie

Résultats à communiquer au médecin traitant

ROUPIE LUDOVIC THURET Benjamin (INTERNE)



Hospices Civils de Beaune

Centre Hospitalier de Beaune

Avenue Guigone de Salins BP 40104 21203 Beaune Cedex

03.80.24.44.44

Ordonnance rédigée par Benjamin THURET

ROUPIE LUDOVIC

N°RPPS



10101946761

N°FINESS



210987657

Patient

Nom de naissance : **GROS**

Nom d'usage : **GROS**

Prénom: **COLETTE**

Age : 89 ans

Poids : 40.200 Kg

Sexe :



ANNULE REMPLACE
SMR BEAUNE

Beaune le 16/08/2024

Prescription SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée (MALADIES INTERCURRENTES)

Merci de réaliser une ostéodensitométrie

Résultats à communiquer au médecin traitant

ROUPIE LUDOVIC THURET Benjamin (INTERNE)

**CONDITIONS DE REMBOURSEMENT
D'UNE OSTÉODENSITOMETRIE**

Votre médecin vous a prescrit une ostéodensitométrie. Cet examen a pour objectif de mesurer la densité minérale osseuse, c'est-à-dire la résistance de l'os à une éventuelle fracture.

Depuis le 1er juillet 2006, l'ostéodensitométrie est prise en charge uniquement dans certaines conditions par l'Assurance Maladie, sur prescription médicale, pour les patients à risques, et non systématiquement.

POUR UN 1er EXAMEN :

Quels que soient l'âge et le sexe:

- Antécédent de fracture sans traumatisme majeur diagnostiquée lors d'une radiographie.
- Pathologie ou traitement potentiellement inducteur d'ostéoporose:
 - Hypogonadisme prolongé.
 - Hyperthyroïdie évolutive non traitée.
 - Hypercorticisme (maladie de Cushing).
 - Hyperparathyroïdie primitive (adénome des parathyroïdes).
 - Ostéogénèse imparfaite.
- Corticothérapie systémique (au moins 3 mois consécutifs).

Chez la femme ménopausée:

- Antécédent de fracture du col du fémur sans traumatisme chez un parent au 1er degré.
- Indice de masse corporelle $< 19 \text{ kg/m}^2$ (IMC = poids/taille²).
- Ménopause précoce (avant 40 ans).
- Antécédent de corticothérapie à haute dose de plus de 3 mois consécutifs.

POUR UN 2ème EXAMEN :

- A l'arrêt du traitement anti-ostéoporotique, en dehors de l'arrêt précoce pour effet indésirable, chez la femme ménopausée.
- Chez la femme ménopausée sans fracture, lorsqu'un traitement n'a pas été mis en route après une 1ère ostéodensitométrie montrant une valeur normale ou une ostéopénie, une ostéodensitométrie peut être proposée 3 à 5 ans après la réalisation de la 1ère en fonction de l'apparition de nouveaux facteurs de risque.

Seuls 2 examens sont pris en charge par l'Assurance Maladie.

Je certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus et j'autorise le médecin-radiologue qui réalise cet examen à archiver ces informations en vue de les transmettre si nécessaire au médecin de la sécurité sociale.

Fait à BEAUNE, le 16/08/2024
Mme GROS Colette
Signature:



CIM Maison de Santé Beaune
CIM Maison de Santé Beaune
Bat A, 5 rue rég. de Bourgogne
21200 BEAUNE
03.80.22.57.55 03.80.24.22.85

Mme GROS Colette
22 Route de Pommard
Villa Medicis
21200 21200 - BEAUNE

INFORMATION TARIFAIRE OSTEODENSITOMETRIE
Examen hors nomenclature

BEAUNE, le 14/8/24

Madame,

Veillez trouver ci-dessous l'information tarifaire pour votre examen non remboursé par votre
caisse d'assurance maladie.

Votre Examen : OSTEODENSITOMETRIE

Montant de l'examen, hors nomenclature : 59 euros

Docteur BRASIER-VOGUET Charlotte
019007835

Prescription médicale de transport

CERFA n°11574*04

Volet 1, à adresser au contrôle
médical, sous enveloppe, à
l'attention de "M. le Médecin-
Conseil"

(articles L. 162-4-1 2°, L. 321-1-2°, 332-5, L. 322-5, R. 322-2 et R. 322-10 à R. 322-10-7 du Code de la sécurité sociale)

la personne bénéficiaire du transport et l'assuré(e)

* **Personne bénéficiaire du transport** (les nom et prénom du bénéficiaire sont à compléter obligatoirement par le prescripteur)

nom et prénom (nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)) : **GROS, GROS COLETTE**

numéro d'immatriculation : **235062171400158**

date de naissance : **04/06/1935**

adresse : **21200 BEAUNE**

* **Assuré(e)** (à remplir si la personne qui bénéficie du transport 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 :

* Ce transport est-il en rapport avec un accident causé par un tiers? **Non** date :

la prescription médicale

1. Dans quelle situation permettant la prise en charge du transport se trouve votre patient? (plusieurs choix possibles)

- entrée ou sortie d'hospitalisation (complète, partielle ou ambulatoire), y compris séances de chimiothérapie, radiothérapie et hémodialyse :

- transport en lien avec une affection de longue durée avec déficience ou incapacité : **ALD exonérante**

- transport lié à un accident du travail ou une maladie professionnelle : date de l'AT/MP

2. Quel mode de transport prescrivez-vous au regard de l'état de santé et d'autonomie de votre patient?

- transport en ambulance justifié par la nécessité :

- transport assis professionnalisé (VSL, taxi conventionné) : **Oui** si l'état du patient permet un transport partagé, cochez la case :

- moyen de transport individuel :

l'état de santé du patient nécessite une personne accompagnante :

- transport en commun terrestre :

* **Quel trajet doit effectuer le patient?** (précisez l'adresse du lieu de départ et du lieu d'arrivée, si hors domicile, ainsi que le nom de la structure de soins)

départ	arrivée
- domicile : Oui	- domicile :
- autre lieu :	- autre lieu :
- structure de soins :	- structure de soins : IM2P Beaune Ostéodensitométrie

- transport aller retour : **Oui**

3. nombre de transports itératifs : 1

4. Urgence : appel du SAMU-centre 15 ou autres (précisez) :

5. Eléments d'ordre médical (précisez la nature de l'examen ou des soins justifiant le déplacement) et commentaires éventuels :

- transport vers un centre de référence dédié à la prise en charge des maladies rares :

6. Cas particuliers d'exonération du ticket modérateur : Non

* Ce transport est-il lié à des soins dispensés au titre d'une pension militaire d'invalidité? **Non**

(article L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre)

Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

Identification du praticien

Docteur **THURET Benjamin**
N°RPPS :

date : **14/08/2024**

signature du praticien :

identification de la structure
(raison sociale)

Centre Hospitalier de Beaune
Av. Guigone de Salins B.P. 40 104 - 21203 BEAUNE Cedex
N°de la structure (AM, FINESS ou SIRET)



210987657

S3138d

68E1E2
La loi n° 78-17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.
La loi rend passible d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 413-1R, 441-6 et 441-7 du Code pénal).
En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir le versement de prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale.

Prescription médicale de transport

CERFA n°11574*04

Volet 2, à adresser à
l'organisme pour
remboursement avec les
justificatifs nécessaires

(articles L. 162-4-1 2°, L. 321-1-2°, 332-5, L. 322-5, R. 322-2 et R. 322-10 à R. 322-10-7 du Code de la sécurité sociale)

la personne bénéficiaire du transport et l'assuré(e)

* **Personne bénéficiaire du transport** (les nom et prénom du bénéficiaire sont à compléter obligatoirement par le prescripteur)
nom et prénom (nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)) : **GROS, GROS COLETTE**
numéro d'immatriculation : **235062171400158**
date de naissance : **04/06/1935**
adresse : **21200 BEAUNE**

* **Assuré(e)** (à remplir si la personne qui bénéficie du transport 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 :
* Ce transport est-il en rapport avec un accident causé par un tiers? **Non** date :

la prescription médicale

1. Dans quelle situation permettant la prise en charge du transport se trouve votre patient? (plusieurs choix possibles)

- entrée ou sortie d'hospitalisation (complète, partielle ou ambulatoire), y compris séances de chimiothérapie, radiothérapie et hémodialyse :
- transport en lien avec une affection de longue durée avec déficience ou incapacité : **ALD exonérante**
- transport lié à un accident du travail ou une maladie professionnelle : date de l'AT/MP

2. Quel mode de transport prescrivez-vous au regard de l'état de santé et d'autonomie de votre patient?

- transport en ambulance justifié par la nécessité :
 - transport assis professionnalisé (VSL, taxi conventionné) : **Oui** si l'état du patient permet un transport partagé, cochez la case :
 - moyen de transport individuel :
- l'état de santé du patient nécessite une personne accompagnante :

* **Quel trajet doit effectuer le patient?** (précisez l'adresse du lieu de départ et du lieu d'arrivée, si hors domicile, ainsi que le nom de la structure de soins)

départ	arrivée
- domicile : Oui	- domicile :
- autre lieu :	- autre lieu :
- structure de soins :	- structure de soins : IM2P Beaune Ostéodensitométrie
- transport aller retour : Oui	

3. nombre de transports itératifs : 1

4. Urgence : appel du SAMU-centre 15 ou autres (précisez) :

- transport vers un centre de référence dédié à la prise en charge des maladies rares :

6. Cas particuliers d'exonération du ticket modérateur : Non

* Ce transport est-il lié à des soins dispensés au titre d'une pension militaire d'invalidité? **Non**
(article L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre)

Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

Identification du praticien

Docteur **THURET Benjamin**
N°RPPS :

date : **14/08/2024**

signature du praticien :

Identification de la structure
(raison sociale)

Centre Hospitalier de Beaune
Av. Guigone de Salins B.P. 40 104 - 21203 BEAUNE Cedex
N° de la structure (AM, FINISS ou SIRET)



210987657

Précisions pour l'utilisation de la voiture particulière ou des transports en communs

Vous envoyez ce volet avec le formulaire "demande de remboursement" (réf.S3140) et les justificatifs de vos dépenses. La demande de remboursement est disponibles dans votre organisme ou sur le site "www.amell.fr" à la rubrique "formulaires" de l'espace "assurés".

VSL, taxi conventionné, ambulance (à compléter par le transporteur et à joindre à la facture)

N° d'identification :

Signature du transporteur :

Raison sociale :

Adresse :

Fait à

le

S3138d

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.
La loi rend passible d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-6 et 441-7 du Code pénal).
En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir le versement de prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale.