

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : 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 -



Déclaration de Maladie

W21-852069 ✓

203794

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1157 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAMAYED EL MILI RAFIK

Date de naissance : 27/08/1989

Adresse : 11 Rue de la Pen Belgique Ann Drah

Quadrant : Casablanca

Tél : 0645 345 345 Total des frais engagés : 35,28 EUROS

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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 19/04/2019

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature attestant le Paiement
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	---

ordonnance Dr HOSNI SEFRIOU
Clinique dentaire - CASABLANCA
02/02/2024

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
---	------	------------------------------	------------------------

Laboratoire
Leclerc Rollin.
PARIS

24/02/24

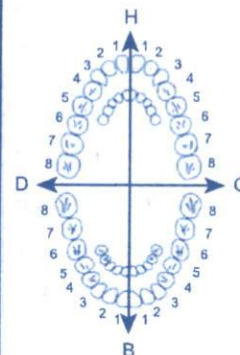
35,28 Euros

AUXILIAIRES MEDICAUX

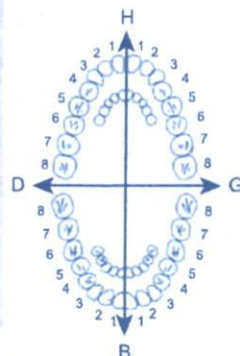
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	Montant des Honoraires
--	------------------------

MONTANT
DES SOIN

DEBUT
D'EXECUTI

FIN
D'EXECUTI

COEFFICIENT
DES TRAVA

MONTANT
DES SOIN

DATE DL
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTI

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC



مصلحة أمراض القلب الدار البيضاء - الوازيس

CLINIQUE Cardiologique Casa-Oasis

Cardiologie / Cardiologie Interventionnelle / Radiologie Vasculaire Interventionnelle

Chirurgie Cardio Vasculaire et Thoracique

Coro-Scanner / VCT 64 barettes

CARDIOLOGUES

Dr. Jihane EL JAOUHARI

Dr. Karim BENJELLOUN

Dr. Abdellatif DARIF

Dr. Naima MAAROUFI

Dr. Hosni SEFRIQUI

Dr. HAMAYED EL MILI RAFIG

KIFS CRP

GS HbAc

Hm in cholesterol

IG
micano

longo

meé Creakine

AGAT ACAT

02/02/2024

HAMAYED EL MILI Ra

07-08-1939 M



K2402240023

Ordonnance

Dr. Hosni Sefriqui
Cardiologue

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

HAMAYED EL MILI Rafik

84 RUE DE CHARONNE

75011 PARIS 11

CODE ORGANISME AFFILIATION

Nom et Adresse
de l'organisme
de paiement

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

S'agit-il d'un accident
causé par un tiers ?

OUI Date

X

NON

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)

CODE ORGANISME COMPLEMENTAIRE

Nom et Adresse
de l'organisme
complémentaire

NOM

Prénom

Date de naissance

PARTIE RESERVEE AU LABORATOIRE

IDENTIFICATION DU LABORATOIRE

LBM SELAS LCD SITE LEDRU ROLLIN

30 LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

CONVENTIONNE

88 AV LEDRU ROLLIN

SELAS

75012 PARIS

=> 75 3 70119 2 001 110 30

CAB. CONV. Z.I&D IK SPEC

NOM - Prénom - Qualité

ACTES RESERVES

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

PRESCRIPTEUR : NOM et N°

SANS ORDONNANCE MEDICALE

Nom et qualité de l'exécutant des actes de prélèvement

X MALADIE MATERNITE ACCIDENT DU TRAVAIL/MALADIE PROFESSIONNELLE

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

ACTES DE PRELEVEMENT

Date d'exécution des actes	Cotation des actes suivant nomenclature 1	Montant des actes 2	Majorations (nuit, dimanche jour férié) 3	Montant du dépass. (D.E.) 4	Montant total des actes de prélèvement 5(2+3+4)	I.F. ou I.F.D. 6	I.D. 7	I.K. Nombre 8	Montant 9	Dépassement D.D. 10	Total des frais de déplacement 11
24-02-2024	TB 1.5	3.78	0.00	0.00	3.78		0.00	0	0.00		0.00

FRAIS ACCESSOIRES

ACTES EFFECTUES

	Remboursement inférieur à 100 %	Remboursement à 100 %	Montant des actes hors nomenclature	Montant des actes effectués y compris les suppléments 12	Montant du dépassement D.E. 13
9005(B17) + 9105(B5) + 1577(B19) + 0532(B6) + 0592(B6) + 1804(B8) + 0552(B5) + 0996(B16) + 1609(B10) + 1104(B20) + 0591(B5) + 0522(B9)	126	0	0.00	31.50	
				TOTAL * (5+11+12+13)	
				35.28	€
				Part organisme obligatoire	
				0.00	
				Part organisme complémentaire	Part assuré
				0.00	35.28
				Date de la prescription	Date d'exécution des examens
				02-02-2024	24-02-2024

Suppléments nuit, dimanche et jour férié

TOTAL DES COEFFICIENTS

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

REMBOURSEMENT

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

A L'ASSURE (E)

Le remboursement des prestations de l'assurance maladie
exige l'enregistrement des données codées relatives aux
actes effectués et aux prestations servies. La Loi
n° 86-1067 du 30 septembre 1986 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 paiement

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L114-13 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)

FB01-02

N° 11103*02

S 3131e

LEDU ROLLIN - 88 Avenue Ledru Rollin - 75012 Paris

Tel : 01 46 28 07 53 - Fax : 01 88 80 11 18

Dont patient :

NOTE HONORAIRE EN EUROS

Déplacements	0.00	
Prélèvements	3.78	
Nomenclature	31.50	
Examens non remboursés	0.00	
Examens transmis	0.00	
TOTAL	35.28	35.28
TOTAL OP1 (%)	0.00	
TOTAL OP2 (%)	0.00	

M HAMAYED EL MILI Rafik (07-08-1939)
Reste à payer

0.00

M HAMAYED EL MILI Rafik
84 RUE DE CHARONNE

75011 PARIS 11

Dossier : K2402240023 du 24-02-2024

Vos biologistes : F. BERREBBI – V. BEYSEN – J.M. HADJEZ – S. RIGAL BAUDET – A. QUINTART – H. SAADA – S.MICHELSOHN

M HAMAYED EL MILI Rafik

Née HAMAYED EL MILI

Date de naissance: 07-08-1939 (84 ans) Sexe: M

84 RUE DE CHARONNE

75011 – PARIS 11

Prescrit par le SANS ORDONNANCE MEDICALE - -

Sauf mention contraire, prélevé le :24-02-2024 08:51

Enregistré le 24-02-2024 08:53

Edité le Samedi 24 Février 2024 à 13:11

Référence K2402240023

M HAMAYED EL MILI Rafik

84 RUE DE CHARONNE

75011 PARIS 11

Intervalle de référence

Antériorités



Le laboratoire est accrédité pour les examens suivis du signe **.

Accréditation n°8-3024.

Liste des sites et portées disponible sur www.cofrac.fr

INFORMATION

Les examens suivants ont été ajoutés sur demande expresse du patient (absence prescription).
bilan complet

Encre de frappe sur la
date de feuille de résultat
07.02.2023 au lieu de 07.02.2024
Comme précisé sur la facture 2024

HEMATOLOGIE

Nature de l'échantillon : Sang

HEMOGRAMME**

(Cytométrie en flux, photométrie pour l'hémoglobine, hématocrite mesuré, VGM et CCMH calculés)

02-02-2023

Hématies **	5,23 T/L	(4,08-5,60)	5,32
Hémoglobine	16,0 g/dL	(12,9-16,7)	15,3
Hématocrite	46,6 %	(38,0-49,0)	45,2
V.G.M.	89 fL	(83-97)	85
T.C.M.H.	30,6 pg	(27,8-33,9)	28,8
C.C.M.H.	34,3 %	(32,3-36,1)	33,8
I.D.R.	13,1 %	(11,2-15,9)	13,8
Leucocytes **	6,87 G/L	(3,80-10,00)	7,77

FORMULE LEUCOCYTAIRE**

Automate Sysmex (Impédance - Cytométrie en flux - Spectrophotométrie)

Polynucléaires neutrophiles	43,4 %	Soit	2,98 G/L	(1,60-5,90)	3,58
Polynucléaires éosinophiles	4,2 %	Soit	0,29 G/L	(0,03-0,50)	0,34
Polynucléaires basophiles	0,3 %	Soit	0,02 G/L	(0,00-0,09)	0,02
Lymphocytes	45,0 %	Soit	3,09 G/L	(1,07-4,10)	3,20
Monocytes	7,1 %	Soit	0,49 G/L	(0,23-0,71)	0,62

Plaquettes **	180 G/L	(140-385)	238
Technique de dosage **	Impédance		
V.P.M. (Vol. plaq. moyen) **	12,1 fL	(8,8-12,2)	11,0

02-02-2023

238

Vos biologistes : F. BERREBBI – V. BEYSEN – J.M.
HADJEZ – S. RIGAL BAUDET – A. QUINTART – H. SAADA –
S.MICHELSON

Dossier K2402240023 du
24-02-2024

M HAMAYED EL MILI Rafik né(e) 07-08-1939 Sexe: M

Intervalle de référence


Antériorités

BIOCHIMIE

Nature de l'échantillon : Sang


Protéine C-Réactive **
(Dosage immunoturbidimétrique)

7,1 mg/L (0,0–5,0)
67,6 nmol/L (0,0–47,6)

02-02-2023 
13,5

Glycémie **
(Technique de référence à l'hexokinase)

1,08 g/L (0,82–1,15)
5,99 mmol/L (4,55–6,38)

02-02-2023 
1,03

Intervalle de référence

Antériorités

Hémoglobine A1c (NGSP) : ""
(Chromatographie liquide haute performance (HPLC))

6,2 %

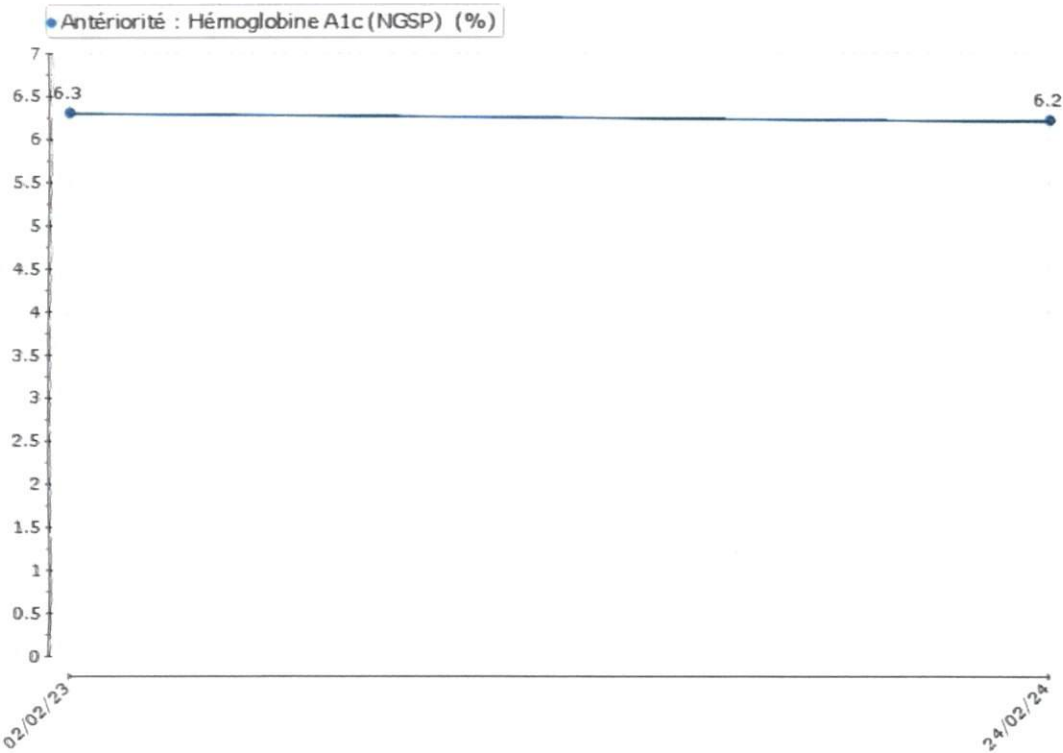
02-02-2023

6,3

(IFCC) : ""

44 mmol/mol Hb (20-42)

45



Selon les recommandations de la Société Française de Diabétologie (Med Mal Metab 2021 ;15 :781-801), la cible à atteindre pour l'HbA1c :

- < ou = 7% chez les patients dits « en bonne santé » et autonomes
- < ou = 8% chez les patients avec facteurs de risque
- > 7 et < ou = 8% chez les patients avec facteurs de risque et traités par sulfamides hypoglycémisants, glinide ou insuline.
- < 9% et/ou glycémies capillaires préprandiales entre 1 et 2 g/L chez les patients dits « dépendants » et atteints de polypathologie chronique évoluée
- > 8% et < 9% et/ou glycémies capillaires préprandiales > 1.40g/L chez les patients dits « dépendants » et atteints de polypathologie chronique évoluée et traités par sulfamides hypoglycémisants, glinide ou insuline.

Urée ""
(Test cinétique)

0,37 g/L (0,17-0,49)
6,16 mmol/L (2,83-8,16)

02-02-2023

0,35

Vos biologistes : F. BERREBBI – V. BEYSSEN – J.M.
HADJEZ – S. RIGAL BAUDET – A. QUINTART – H. SAADA –
S.MICHELSON

Dossier K2402240023 du
24-02-2024

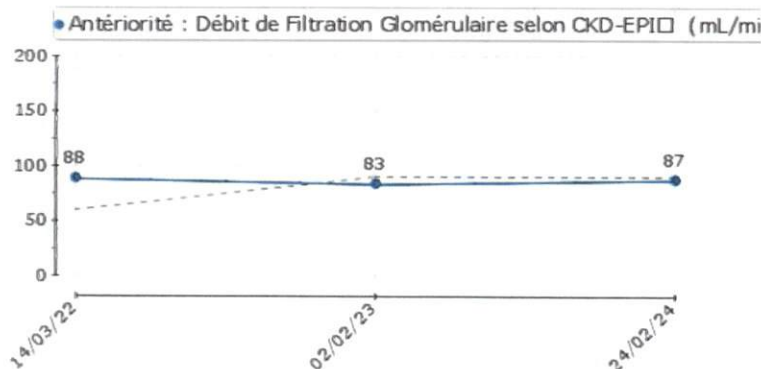
M HAMAYED EL MILI Rafik né(e) 07-08-1939 Sexe: M

		Intervalle de référence	Antériorités
Créatinine ** (Colorimétrie enzymatique)	7,0 mg/L 62 µmol/L	(6,7–11,7) (59–103)	02-02-2023 7,8

Débit de Filtration Glomérulaire selon CKD-EPI ** (selon la formule CKD-EPI)	87 mL/min/1,73 (>90) m2		83
--	----------------------------	--	----

Le DFG est considéré comme légèrement diminué entre 60 et 90 mL/min/1,73m2. L'insuffisance rénale est retenue pour des valeurs inférieures à 60mL/min/1,73m2 (HAS 2021)

Débit de Filtration Glomérulaire ** (selon la formule MDRD (caucasien) / 1,73 m2)	107 mL/min/1,73 (>90) m2		95
--	-----------------------------	--	----



Acide Urique ** (Enzymatique colorimétrie)	74 mg/L 440 µmol/L	(34–70) (202–417)
---	-----------------------	----------------------

Bilan lipidique

Aspect Limpide

Cholestérol ** (Colorimétrie enzymatique)	1,79 g/L 4,64 mmol/L	(0,50–2,00) (1,30–5,18)	02-02-2023 1,81
--	-------------------------	----------------------------	--------------------

	Intervalle de référence		Antériorités
H.D.L. Cholestérol ** (Enzymatique HDL-direct)	0,43 g/L 1,11 mmol/L	(>0,55) (>1,42)	02-02-2023 0,44
L.D.L. Cholestérol calculé (Calculé selon la formule de Friedewald)	1,04 g/L 2,69 mmol/L		02-02-2023 1,07
Le niveau du LDL-c sera interprété en fonction du niveau de risque cardio-vasculaire global évalué à l'aide de la table SCORE ou des facteurs de risque cardio-vasculaire. Objectifs de LDL-c en fonction du niveau de risque cardio-vasculaire (European Society of Cardiology 2019, guidelines for the management of dyslipidemias : lipid modification to reduce cardiovascular risk) :			
Risque très élevé	(Score >= 10%) :	LDLc < 0.55 g/l	
Risque élevé	(Score 5 à 10%) :	LDLc < 0.70 g/l	
Risque modéré	(Score 1 à 5%) :	LDLc < 1.0g/l	
Risque faible	(Score < 1%) :	LDLc <1.16g/l	
Triglycérides ** (Colorimétrie enzymatique)	1,61 g/L 1,82 mmol/L	(0,50-1,50) (0,57-1,70)	02-02-2023 1,52
Sodium ** (Potentiométrie indirecte)	141 mmol/L	(136-145)	02-02-2023 140
Potassium ** (Potentiométrie indirecte)	4,3 mmol/L	(3,4-4,5)	02-02-2023 4,1
Chlore ** (Potentiométrie indirecte)	102 mmol/L	(98-107)	02-02-2023 101
Transaminase S.G.P.T. (ALAT) ** (IFCC, avec phosphate de pyridoxal)	23 U/L	(<50)	
Transaminase S.G.O.T (ASAT) ** (IFCC, ECCLS avec phosphate de pyridoxal)	21 U/L	(<50)	

INFORMATION

Nous avons bien enregistré votre demande d'envoi de vos résultats par courrier électronique. Vous pouvez à tout moment demander la suppression de cet envoi auprès du secrétariat du laboratoire