

# 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 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 une fois par an.

## 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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah -



# RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature attestant le Paiement
72 domane	D2 NBSNI	Séfrioui		
Clinique bord de giron		CIAZ LONIA		22/02/2024

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIographies

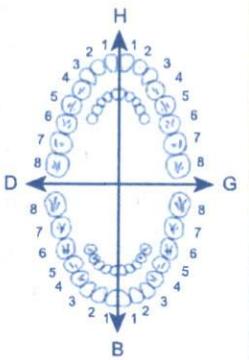
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Laboratoire Lectu Rollin. PARIS	26/02/24		35,28 Euros

## AUXILIAIRES MEDICAUX

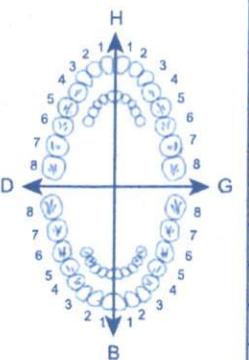
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## 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
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Montant des Honoraires

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

MONTANT  
DES SOIN

DEBUT  
D'EXECUTI

FIN  
D'EXECUTI

COEFFICIEN  
DES TRAVA

MONTANT  
DES SOIN

DATE DL  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTI

**CARDIOLOGUES**

Dr. Jihane EL JAOUHARI  
 Dr. Karim BENJELLOUN  
 Dr. Abdellatif DARIF  
 Dr. Naima MAAROUFI  
 Dr. Hosni SEFRIoui

Mr HAMAYED a ntu RAKIK  
 NFS CRP  
 GS Hb AC  
 HM im cholestérol  
 TG +  
 uric  
 lysis  
 mélatonine  
 ASAT ALAT  
 02/02/2024

HAMAYED EL MILI Ra

07-08-1939 M



K2402240023 Ordonnance



Dr. Hamayed El Mili Ra  
 Cardiologue

## FEUILLE D'HONORAIRES D'ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE

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)  
ADRESSEHAMAYED EL MILI Rafik  
84 RUE DE CHARONNE

75011 PARIS 11

## CODE ORGANISME AFFILIATION

Nom et Adresse  
de l'organisme  
de paiementS'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 caseOUI Date  
SI LE MALADE N'EST PAS L'ASSURE(E)

X NON

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

## CODE ORGANISME COMPLEMENTAIRE

Nom et Adresse  
de l'organisme  
complémentaire

## NOM

Prénom

Date de naissance

## PARTIE RESERVEE AU LABORATOIRE

## IDENTIFICATION DU LABORATOIRE

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

LBM SELAS LCD SITE LEDRU ROLLIN

30 LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
88 AV LEDRU ROLLIN  
SELAS

CONVENTIONNE

75012 PARIS

=> 75 3 70119 2 001110 30  
CAB. CONV. Z.I.SD IK SPEC

## 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

## 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)	LF. ou I.F.D.	I.D.	Nombre	I.K.	Dépassement	Total des frais de déplacement
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
24-02-2024	TB 1.5	3.78	0.00	0.00	3.78		0.00	0	0.00		0.00

## ACTES DE BIOLOGIE MÉDICALE

## ACTES EFFECTUÉS

9005(B17) + 9105(B5) + 1577(B19) + 0532(B6) + 0592(B6) +  
1804(B8) + 0552(B5) + 0996(B16) + 1609(B10) + 1104(B20) +  
0591(B5) + 0522(B9)

Remboursement inférieur à 100 %

126

0

0.00

Remboursement à 100 %

Montant des actes hors nomenclature

Montant des actes effectués y compris les suppléments

31.50

TOTAL \* (5+11+12+13)

35.28

Part organisme obligatoire

0.00

Montant du dépassement D.E.

Suppléments nuit, dimanche et jour férié

TOTAL DES COEFFICIENTS

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

## REMBOURSEMENT

AU LABORATOIRE  
LABORATOIRE BIOLOGIE MEDIC  
Cachet : tiers payant  
88 AVENUE LEDRU ROLLIN  
75012 PARIS

Tél. : 01 46 28 07 53 - Fax : 01 43 43 207

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 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

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)

Signature de l'assuré(e)

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

LEDRU ROLLIN - 88 Avenue Ledru Rollin - 75012 Paris

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

Dont patient :

M HAMAYED EL MILI Rafik  
84 RUE DE CHARONNE

NOTE HONORAIRE EN EUROS		
Déplacements	0.00	0.00
Prélèvements	3.78	3.78
Nomenclature	31.50	31.50
Examens non remboursés	0.00	0.00
Examens transmis	0.00	0.00
<b>TOTAL</b>	<b>35.28</b>	<b>35.28</b>
TOTAL OP1 () %	0.00	
TOTAL OP2 () %	0.00	

FB01-02

INFORMER COTTE 07309 ALBENAS

S 3131e

M HAMAYED EL MILI Rafik (07-08-1939)

Reste à payer

0.00

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

**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

Édité 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](http://www.cofrac.fr)

## INFORMATION

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

Examen de fraîcheur sur la date de feuilles de résultat 02.02.2024  
02.02.2023 au lieu de 02.02.2024  
Comme pris 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

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

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

02-02-2023 *17*

13,5

Protéine C-Réactive \*\*  
(Dosage immunoturbidimétrique)

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

02-02-2023 *16*

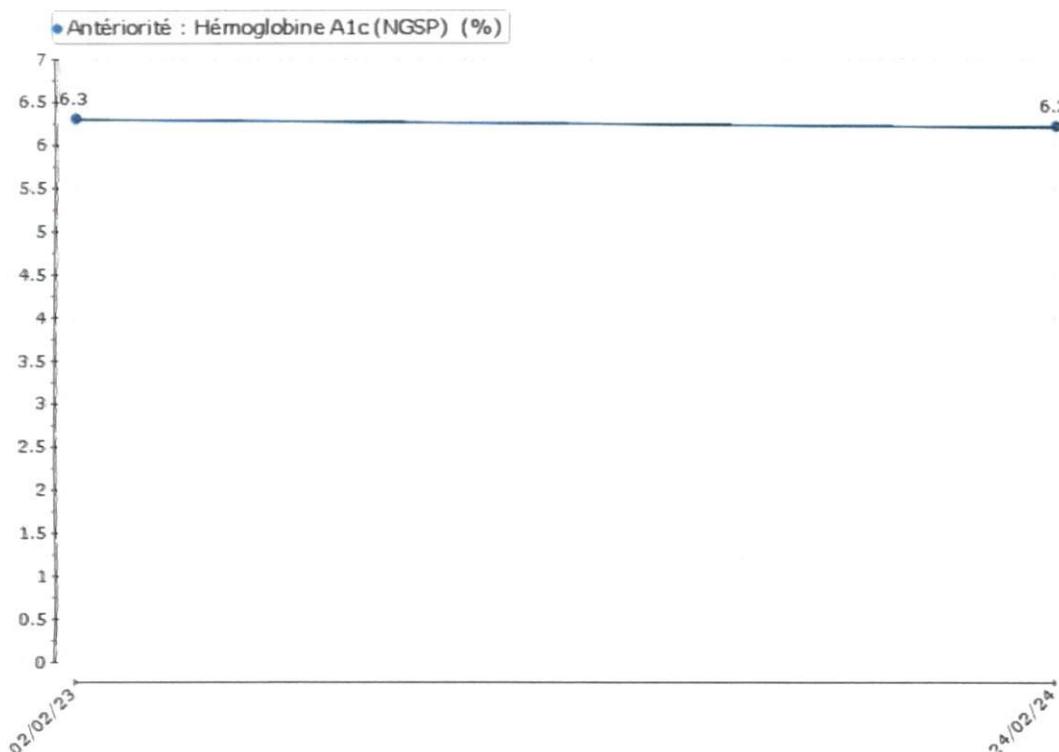
1,03

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

Hémoglobine A1c (NGSP) : (Chromatographie liquide haute performance (HPLC))	6,2 %	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 hypoglycémiants, glinide ou insuline.

< 9% et/ou glycémies capillaires préprandiales entre 1 et 2 g/L chez les patients dits « dépendants » et atteints de polyopathologie chronique évoluée

> 8% et < 9% et/ou glycémies capillaires préprandiales > 1.40g/L chez les patients dits « dépendants » et atteints de polyopathologie chronique

évoluée et traités par sulfamides hypoglycémiants, glinide ou insuline.

Urée "	0,37 g/L	(0,17-0,49)	02-02-2023
(Test cinétique)	6,16 mmol/L	(2,83-8,16)	0,35

Vos biologistes : F. BERREBBI – V. BEYSENNE – 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

Créatinine \*\*  
(Colorimétrique enzymatique)

7,0 mg/L (6,7–11,7)  
62 µmol/L (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)  
m<sup>2</sup>

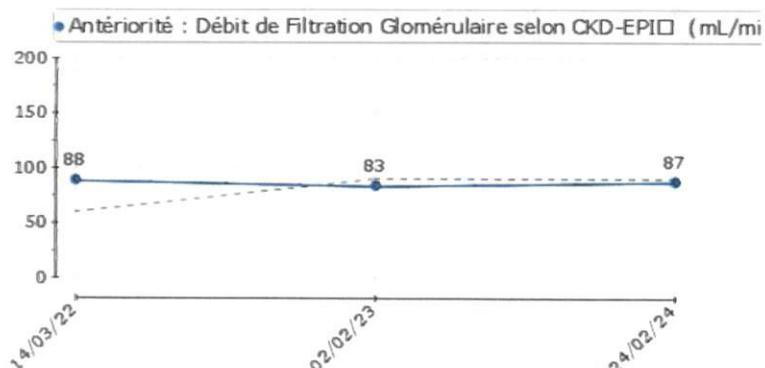
83

Le DFG est considéré comme légèrement diminué entre 60 et 90 mL/min/1,73m<sup>2</sup>. L'insuffisance rénale est retenue pour des valeurs inférieures à 60mL/min/1,73m<sup>2</sup> (HAS 2021)

Débit de Filtration Glomérulaire \*\*  
(selon la formule MDRD (caucasien) / 1,73 m<sup>2</sup>)

107 mL/min/1,73 (>90)  
m<sup>2</sup>

95



Acide Urique \*\*  
(Enzymatique colorimétrie)

74 mg/L (34–70)  
440 µmol/L (202–417)

## Bilan lipidique

Aspect

Limpide

Cholestérol \*\*  
(Colorimétrie enzymatique)

1,79 g/L (0,50–2,00)  
4,64 mmol/L (1,30–5,18)

02-02-2023

1,81

<b>H.D.L. Cholestérol **</b> (Enzymatique HDL-direct)	<b>0,43</b> g/L <b>1,11</b> mmol/L	(>0,55) (>1,42)	02-02-2023 0,44
<b>L.D.L. Cholestérol calculé</b> (Calculé selon la formule de Friedewald)	<b>1,04</b> g/L <b>2,69</b> 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		
<b>Triglycérides **</b> (Colorimétrie enzymatique)	<b>1,61</b> g/L <b>1,82</b> mmol/L	(0,50-1,50) (0,57-1,70)	02-02-2023 1,52
<b>Sodium **</b> (Potentiométrie indirecte)	<b>141</b> mmol/L	(136-145)	02-02-2023 140
<b>Potassium **</b> (Potentiométrie indirecte)	<b>4,3</b> mmol/L	(3,4-4,5)	02-02-2023 4,1
<b>Chlore **</b> (Potentiométrie indirecte)	<b>102</b> mmol/L	(98-107)	02-02-2023 101
<b>Transaminase S.G.P.T. (ALAT) **</b> (IFCC, avec phosphate de pyridoxal)	<b>23</b> U/L	(<50)	
<b>Transaminase S.G.O.T (ASAT) **</b> (IFCC, ECCLS avec phosphate de pyridoxal)	<b>21</b> 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