

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 ALIC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-533167

37640

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *01766*

Société : *RAA*

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : *SEFFAR Ned Rachid*

Date de naissance : *22-04-1953*

Adresse : *5, Lot Nezha Casablanca*

Tél. : *0661632379*

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Yun Gan TAO

GUSTAVE ROUSSY

Service d'Oncologie-Radiothérapie

114, rue Edouard Vaillant-94805 VILLEJUIF CEDEX

Etb n° 94 016 0013

RPPS : 101100205409

Date de consultation : *21/07/2020*

Nom et prénom du malade : *SEFFAR Ned Rachid* Age : *67*

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 : *21/07/2020*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]* Le : *21/07/2020*

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 - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
				INP : <input type="text"/>

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
Cerballiance Paris et Ile de France Est Laboratoire de LOURMEL 73, rue de Lourmel 75015 PARIS Tél. : 01.45.79.05.25 / Fax : 01.45.79.25.88 Siret : 328 386 529 00001			32,00 Euros

AUXILIAIRES MEDICAUX

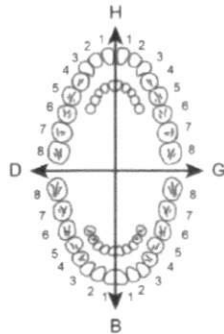
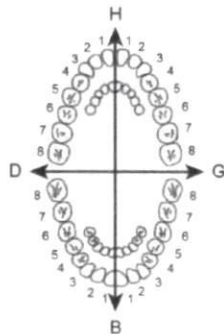
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 traitement canaux, 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																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				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

Identification du prescripteur

Docteur Yun Gen TAO

GUSTAVE ROUSSY

Service d'Oncologie-Radiothérapie
114, rue Edouard Vaillant-94805 VILLEJUIF CEDEX

Etb n° 94 016 0013

RPPS : 101100205409

Identification de la structure

(raison sociale du cabinet, de l'établissement et n° AM, FINESS ou SIRET)

Identification du patient

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)) (à compléter par le prescripteur)

M. SEFFAR

n° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e))

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)

(AFFECTION EXONÉRANTE)

21 / 07 / 2020

Prise de sang pour NFS,
Ionogramme, créatinine

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée

(MALADIES INTERCURRENTES)

Ordonnance bizone

Articles L. 322-3, 3° et 4°, L. 324-1 et R. 161-45 du Code de la sécurité sociale.

Identification du prescripteur

(nom, prénom et nom de famille)
Docteur Yun Can TAO**GUSTAVE ROUSSY**

Service d'Oncologie-Radiothérapie

114, rue Edouard Vaillant-94805 VILLEJUIF CEDEX

Etb n° 94 016 0013

RPPS : 101100205409

Identification de la structure

(raison sociale du cabinet, de l'établissement et n° AM, FINESS ou SIRET)

Identification du patient

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)) (à compléter par le prescripteur)

M. SEFFAR

n° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e))

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)

(AFFECTION EXONÉRANTE)

21/07/2020

Prise de sang par NTS

Longpré

actives

DUPLICATA

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée

(MALADIES INTERCURRENTES)

DUPLICATA

SELAS CERBALLIANCE PARIS - IDF EST
LBM LOURMEL
73 RUE DE LOURMEL
75015 PARIS
Tél :01 45 79 05 25 Fax :01 45 79 25 88

www.cerballiance.fr
N° Finess :75 3 70234 9
Mail : labolourmel.paris@cerballiance.fr

Monsieur SEFFAR RACHID
55 RUE DES ENTREPRENEURS
75015 PARIS

Edité, le Lundi 20 Juillet 2020

Note d'Honoraires

Madame, Monsieur,

Vous avez effectué des analyses le 20/07/20 prescrites par le DR NGUYEN FRANCE.
Veuillez trouver ci-dessous le détail de nos honoraires suivi d'un coupon détachable
à joindre à votre règlement ou prise en charge.

**Merci de nous fournir pour prise en charge, directement au laboratoire, par courrier
ou mail, les copies de votre attestation CPAM et de votre carte mutuelle recto/verso
à jour de vos droits.**

A défaut de prise en charge : règlement possible par carte bancaire, chèque ou mandat.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Détail de nos Honoraires Réf : 20/07/20-HT-0054 -HTEXT-

Prélèvement	:	6.08
Déplacement	:	
Examens	:	25.92
Examens transmis	:	
Frais	:	
Examens non remboursés	:	

Total dossier	:	32.00
----------------------	---	--------------

Facturé AMO	:	
Facturé AMC	:	
Déjà réglé	:	

A payer	:	32.00 euros
----------------	---	--------------------



(Nous vous remercions de joindre le talon détachable à votre règlement.)

Référence : 20/07/20-HT-0054

Monsieur SEFFAR RACHID
55 RUE DES ENTREPRENEURS

75015 PARIS

Total dossier	:	32.00
Facturé AMO	:	
Facturé AMC	:	
Déjà réglé	:	
A payer	:	32.00

MR SEFFAR Rachid

Né(e) SEFFAR le 27/04/1953

Demande n°**20/07/20-HT-0054**

DR NGUYEN FRANCE

le mardi 21 juillet 2020

Urée

A partir du 19/09/19, la prise en charge du dosage de l'urée est limitée à 3 contextes cliniques: sujet dialysé, évaluation nutritionnelle dans une insuffisance rénale chronique et insuffisance rénale aiguë.

Préalbumine

0,24 g/L

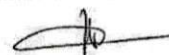
0.16 à 0.42

Turbidimétrie, Alinity, Abbott, sérum (Saint Denis)

Conformément à la réglementation en vigueur, aux informations affichées à votre disposition dans votre laboratoire, votre échantillon biologique sera conservé selon les dispositions définies par la réglementation applicable à la biologie médicale, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière pseudonymisée (identification par un code alphanumérique) et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de votre laboratoire.

Validé le 20/07/20 par Dr Gaston ATLAN

Dr. G. ATLAN



Page 3 sur 3

SELAS Cerballiance Paris et IDF Est

42 Boulevard Richard Lenoir 75011 PARIS - 328 386 529 RCS PARIS

Biologistes co-responsables : Dr Benoît CHASSAIN, Dr Cyril PETITDIDIER, Dr Judith ZERAH

www.cerballiance.fr

Les informations contenues dans ce document sont strictement confidentielles et soumises au secret médical. Si vous n'êtes pas le destinataire, merci d'en informer immédiatement l'expéditeur et de détruire ce document.



N° Patient C0072010956

Monsieur SEFFAR RACHID

55 RUE DES ENTREPRENEURS

75015 PARIS

DR NGUYEN FRANCE
IGR 114 RUE EDOUARD VAILLANT
94805 VILLEJUIF CEDEX

Né(e) **SEFFAR** le 27/04/1953

Sexe : Masculin age : 67 Ans

Demande n° **20/07/20-HT-0054 -HTEXT-**

Prélevé le 20/07/20 à 11H15

Edité le mardi 21 juillet 2020 à 11:51

Compte rendu d'analyses

Changement de système informatique à compter du 08/10/19 avec rupture d'antériorités.
Vos données médicales antérieures sont conservées au laboratoire. L'équipe du laboratoire reste disponible pour tout complément d'information

Hématologie

Valeurs de référence

Antériorités

Numération formule sanguine

Beckman Coulter DxH800, sang total EDTA (Saint Denis)

Hématies.	4,36 T/L	4.6 à 6.2
Hémoglobine	12,3 g/dL	13.0 à 18.0
Hématocrite	37,2 %	37.0 à 50.0
VGM	85 fL	79 à 97
T.C.M.H.	28,1 pg	27.0 à 32.0
C.C.M.H.	33,0 g/dL	31.0 à 37.0
Leucocytes	4,60 Giga/L	4.00 à 11.00

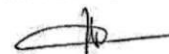
Formule leucocytaire

DxH 800

Polynucléaires neutrophiles	71,1 %	3,27 Giga/L	1.50 à 7.50
Polynucléaires éosinophiles	4,0 %	0,18 Giga/L	< 0.60
Polynucléaires basophiles	1,1 %	0,05 Giga/L	< 0.2
Lymphocytes	15,2 %	0,70 Giga/L	1.1 à 4.4
Monocytes	8,6 %	0,40 Giga/L	0.20 à 0.80

Validé le 20/07/20 par Dr Gaston ATLAN

Dr. G. ATLAN



Numération plaquettaire

Beckman Coulter DxH800, sang total EDTA (Saint Denis)

Plaquettes	202 Giga/L	150 à 400
V.P.M.	8,4 fL	7.5 à 11.2

Biochimie

Valeurs de référence

Antériorités

Aspect du sérum :

Turbidité : Limpide
Hémolyse : Non hémolysé
Ictère : Non ictérique

Sodium	137 mmol/L	136 à 145
Potassium	4,2 mmol/L	3.5 à 5.1
Albumine	37,7 g/L	32. à 46.0
Calcium	2,53 mmol/L	2.20 à 2.50
	101 mg/L	88 à 100
Calcium corrigé	2,59 mmol/L	2.20 à 2.50
	104 mg/L	88 à 100

EVALUATION DU DEBIT DE FILTRATION GLOMERULAIRE (D.F.G)

Créatinine	62 µmol/L	64 à 104
	7,0 mg/L	7.3 à 11.8
DFG selon l'équation CKD-EPI	98 ml/mn/1.73m²	Sup à 60
DFG pour sujets de type afro-américain	113 ml/mn/1.73m²	Sup à 60
DFG selon l'équation MDRD	114 ml/mn/1.73m²	Sup à 60

Résultats du DFG indexé à la surface corporelle, à interpréter avec précaution chez les patients de plus de 75 ans, de poids extrêmes ou dénutris. (HAS, 12-2011).

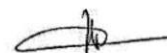
En l'absence de marqueurs d'atteinte rénale, un DFG>60 ml/mn/1.73m² témoigne d'une fonction rénale normale.

DFG (ml/mn/1.73m²)	Classification des stades d'évolution de la Maladie Rénale Chronique (HAS 2012)	Stade
> ou = 90	Maladie Rénale Chronique * avec DFG normal ou augmenté	1
Entre 60 et 89	Maladie Rénale Chronique * avec DFG légèrement diminué	2
Entre 45 et 59	Insuffisance rénale chronique modérée	3A
Entre 30 et 44	Insuffisance rénale chronique modérée	3B
Entre 15 et 29	Insuffisance rénale chronique sévère	4
<15	Insuffisance rénale chronique terminale	5

*Avec marqueurs d'atteinte rénale : albuminurie, hématurie, leucocyturie, ou anomalies morphologiques ou histologiques, ou marqueurs de dysfonction tubulaire, persistant plus de 3 mois (et à 2 ou 3 examens consécutifs)

Validé le 20/07/20 par Dr Gaston ATLAN

Dr. G. ATLAN



CARTE BANCAIRE

IS CONTACT



A00000000421010

CB

LE 20/07/20 A 11:11:33

LABO LAVERGNE

75 PARIS 15

1375458 38257778100042

30056

#####9999

3DB1D068E0E4FFAD

001 000004 81 C @

NO AUTO: 935516

MONTANT :

32,00 EUR

DEBIT

TICKET CLIENT

A CONSERVER