

## 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 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 tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-533167

avec 37640



### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 01766

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SEFFAR Ned Rachid

Date de naissance :

27-06-1953

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 : 21/07/2019

Nom et prénom du malade :

SEFFAR Ned Rachid Age : 62

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 :

Le : 21/07/2020

Signature de l'adhérent(e) : Baba

**MUPRAS**  
**ACCUEIL**

RELEVE 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

OAT and Rye Motes

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>Cerballiance Paris et Ile de France EST</b>			
Laboratoire de LOURMEL			<b>32,00 Euros</b>
73, rue de Lourmel 75015 PARIS			
Tél. : 01.45.79.05.25 / FAX : 01.45.79.25.88			
Siret : 328 386 829 00801			

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
CŒFFICIENT DES TRAVAUX				<input type="text"/>												
MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>												
DEBUT D'EXECUTION				<input type="text"/>												
FIN D'EXECUTION				<input type="text"/>												
	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	G															
					<input type="text"/>											
					<input type="text"/>											
					<input type="text"/>											
					<input type="text"/>											
				<input type="text"/>												
				<input type="text"/>												
				<input type="text"/>												
				<input type="text"/>												
CŒFFICIENT DES TRAVAUX				<input type="text"/>												
MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>												
DATE DU DEVIS				<input type="text"/>												
DATE DE L'EXECUTION				<input type="text"/>												

## Ordonnance bizone

Articles L. 322-3, 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup>, L. 324-1 et R. 161-45 du Code de la sécurité sociale.

Identification du prescripteur

(nom, prénom et titre)

**Docteur Yun Gan TAO**

GUSTAVE ROUSSY

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

Etablissement 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,

Tonoforme, cétimine

## 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 qualificatif)

**Docteur Yun Gan 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 n° AM, FINESS ou SIRET)

(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,  
Tono graphie, cétimide

DUPPLICATA

## Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée

(MALADIES INTERCURRENTES)

3A640

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

Édité, 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'agrérer, 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	:	
	:	
<b>Total dossier</b>	<b>:</b>	<b>32 . 00</b>
Facturé AMO	:	
Facturé AMC	:	
Déjà réglé	:	
	:	
<b>A payer</b>	<b>:</b>	<b>32 . 00 euros</b>



(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

<b>Total dossier</b>	<b>:</b>	<b>32 . 00</b>
Facturé AMO	:	
Facturé AMC	:	
Déjà réglé	:	
	:	
<b>A payer</b>	<b>:</b>	<b>32 . 00</b>



Cerballiance

**MR SEFFAR Rachid**

Né(e) SEFFAR le 27/04/1953

Demande n°**20/07/20-HT-0054**

**Laboratoire de Biologie Médicale**

**LBM LOURMEL**

73 RUE DE LOURMEL

75015 PARIS

Tél : 01 45 79 05 25 - Fax : 01 45 79 25 88

**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 .....  
Turbidimétrie, Alinity, Abbott, sérum (Saint Denis)

0,24 g/L

0.16 à 0.42

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](http://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.*



Cerballiance



N° Patient C0072010956

**Laboratoire de Biologie Médicale  
LBM LOURMEL  
73 RUE DE LOURMEL  
75015 PARIS  
Tél : 01 45 79 05 25 - Fax : 01 45 79 25 88**  
**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

Édité 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 .....	<b>4,36</b> T/L	4.6 à 6.2
Hémoglobine .....	<b>12,3</b> 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%	<b>0,70</b> 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

Page 1 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](http://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.

**Numération plaquettaire**

Beckman Coulter DxH800, sang total EDTA (Saint Denis)

Plaquettes .....  
V.P.M. ....

202 Giga/L  
8,4 fL

150 à 400  
7.5 à 11.2

**Biochimie**

Valeurs de référence

Antériorités

Aspect du serum :

Turbidité : Limpide

Hémolyse : Non hémolysé

Ictère : Non icterique

Sodium .....  
Potentiométrie, Alinity, Abbott, sérum (Saint Denis)

137 mmol/L  
136 à 145

Potassium .....  
Potentiométrie, Alinity, Abbott, sérum (Saint Denis)

4,2 mmol/L

3,5 à 5,1

Albumine .....  
Immunoturbidimétrie Diagam Alinity Abbott, sérum (Saint Denis)

37,7 g/L  
32. à 46.0

Calcium .....  
Arsenazo III Alinity Abbott, sérum (Saint-Denis)

2,53 mmol/L  
101 mg/L

2.20 à 2.50  
88 à 100

Calcium corrigé .....  
Analyse calculée

2,59 mmol/L  
104 mg/L

2.20 à 2.50  
88 à 100

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

Créatinine .....  
Méthode enzymatique Alinity Abbott, sérum (Saint Denis)

62 µmol/L  
7,0 mg/L

64 à 104  
7.3 à 11.8

DFG selon l'équation CKD-EPI .....

98 ml/mn/1.73m<sup>2</sup>

Sup à 60

DFG pour sujets de type afro-américain

113 ml/mn/1.73m<sup>2</sup>

Sup à 60

DFG selon l'équation MDRD .....

114 ml/mn/1.73m<sup>2</sup>

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/1.73m<sup>2</sup> témoigne d'une fonction rénale normale.

<b>DFG (ml/mn/1.73m<sup>2</sup>)</b>	<b>Classification des stades d'évolution de la Maladie Rénale Chronique (HAS 2012)</b>	<b>Stade</b>
> 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  
NS CONTACT

)))

A0000000421010

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