

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

- 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 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



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

Déclaration de Maladie

N° M21- 0034348

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : M09 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Fameli SAID

Date de naissance : 07/05/1952

Adresse : Boulevard

Tél. 0673 190875 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Emile MARTEL
Médecine Gériatrie
3311387
St André de la Chapelle

Date de consultation : 26/12/2022

Nom et prénom du malade : ABUADOU Fatima Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Bronchite

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

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 du Médecin attestant le Paiement des Actes
26/12/22	Consultation	1	25	Docteur Emile MARTEN Médecine Générale 331138727 St André de Cubzac

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

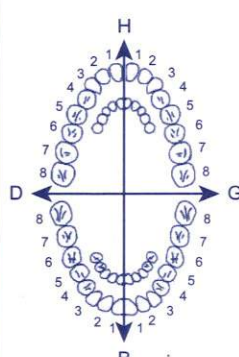
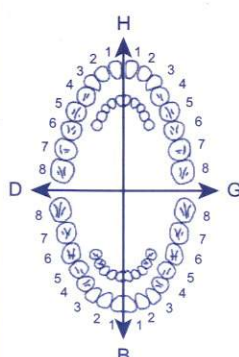
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient			
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
					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



Magali MOLES
OSTÉOPATHE D.O.

10 Farideuil
33240 LA LANDE DE FRONSAC

Tel : 06.02.13.39.41

E-mail : osteo.magali.moles@gmail.com

n°ADELI : 330007808

n°SIRET : 821 977 733 00020

FACTURE

N°...20221308...

La Lande De Fronsac, le 30/12/2022

NOM : ...AJOUAOU.....

PRÉNOM : ...Fatima.....

N° Sécurité Sociale :

N° Adhérent Mutuelle :

* 1 CONSULTATION OSTÉOPATHIQUE

* MONTANT RÉGLÉ : ...55€...



Magali MOLES
Ostéopathe D.O.

10 Farideuil - 33240 LA-LANDE-DE-FRONSAC

n° ADELI : 330007808

n° SIRET : 821 977 733 00020

Dr. Emmanuelle LANGERON

Médecin généraliste

No RPPS : 10102141776



10102141776

No RPPS



750062093

No FINESS

Centre de santé Mediksanté

206 Bd. Pereire, 75017 Paris

No FINESS : 750062093

Tél : 01 86 65 55 15

Courriel : cds-mediksante@lifen.mssante.fr

Le 16/12/2022

Pour Fatima Ajouaou né(e) le 01/01/1955

Cher confrère, je vous prie de bien vouloir recevoir Fatima Ajouaou âgé de 67 ans. Je l'ai pris en charge en téléconsultation et je vous l'adresse pour : toux , dyspnée , orthopnée, courbatures (3j).

Bien confraternellement,

DR. Emmanuelle LANGERON

Dr. Emmanuelle LANGERON

MEDADOM 

Ordonnance électronique à l'attention du professionnel de santé

Avant de délivrer le contenu de l'ordonnance,

merci de vérifier si elle n'a pas déjà été traitée en scannant le code suivant :



Dr. Emmanuelle LANGERON

16/12/2022

Médecin Généraliste

Centre de santé Mediksanté
206 Bd. Pereire, 75017 Paris
No FINESS : 750062093
01 86 65 55 15

J'ai été sollicité(e) ce jour, dans le cadre du service MEDADOM, par le patient :

Fatima Ajouaou né(e) le 01/01/1955

L'interrogatoire lors de la téléconsultation, en tenant compte de l'absence de possibilité d'examen clinique, permet de noter :

Motif : Toux

Allergie(s) : Non

Traitement(s) : Oui

Maladie(s) grave(s) : diabète, hypertension, maladie rénale

Opération(s) : Oui

Enceinte : Non

depuis 3 jours : toux , dyspnée , orthopnée, courbatures
automédication : 0

antécédent : HTA , diabète , insuffisance rénale

température : 36,7

pouls : 76

saturation : 95

TA : 14/8

>> orienté vers une consultation présenteielle (urgences)

Il est conseillé de solliciter un avis complémentaire pour réévaluation si le problème devait persister. En cas d'aggravation ressentie, consultez un service d'urgence.

Dr.Emmanuelle LANGERON





Referto N.:

C.F.: JAOFTM55A41Z330S

Libretto: 828WF872

Indirizzo: V. COMPART 387

Comune: LIVIGNO

Medico richiedente: FOTI NICOLA

Nosologico: 1209093

Note:

Nome:

AJOUAOU, FATIMA

Data nascita: 01/01/1955 Sesso: F

Data:

25 lug 2022

Episodio: 25286758 / 1209093

Reparto:

DISTRETTO DI LIVIGNO

Ricevuto il: 25 lug 2022 11:54:43

Urgenza: No

Descrizione Esame	Risultato	U.M.	Valori di Riferimento	Metodica
-------------------	-----------	------	-----------------------	----------

EMATOLOGIA

Velocita' di Eritrosedimentazione (VES)	22	* mm/h	1 - 15	Metodo automatico di Westergren modificato
Sg-ESAME EMOCROMOCITOMETRICO				
Leucociti WBC	8.49	10 ³ /μL	4.00 - 10.00	Citometria automatizzata
Eritrociti RBC	5.17	10 ⁶ /μL	4.20 - 5.40	
Emoglobina HGB	14.5	g/dL	12.0 - 16.0	
Ematocrito HCT	46.8	%	37.0 - 47.0	
M.C.V.	90.6	fL	82.0 - 98.0	
M.C.H. (emoglobina corpuscolare media)	28.0	pg	27.0 - 34.0	
M.C.H.C. (conc. emoglobinica media)	31.0	* g/dL	31.5 - 36.0	
RDW-CV	13.9	%	11.5 - 14.5	
Piastrine	278	10 ³ /μL	150 - 450	
Formula leucocitaria relativa: Neutrofili	59.4	%	40.0 - 74.0	
Linfociti	28.4	%	19.0 - 48.0	
Monociti	6.4	%	3.0 - 10.0	
Eosinofili	2.2	%	0.0 - 8.0	
Basofili	1.1	%	0.0 - 1.5	
L.U.C.	2.5	%	0.0 - 4.0	
Formula leucocitaria assoluta: Neutrofili	5.04	10 ³ /μL	1.90 - 8.00	
Linfociti	2.41	10 ³ /μL	1.00 - 4.00	
Monociti	0.54	10 ³ /μL	0.16 - 1.00	
Eosinofili	0.19	10 ³ /μL	0.00 - 0.44	
Basofili	0.09	10 ³ /μL	0.00 - 0.20	
L.U.C.	0.21	10 ³ /μL	0.00 - 0.40	

** Gli esami di questa sezione sono stati eseguiti presso: LAB. SONDRIO

HBA1c

Emoglobina Glicosilata	5.9	%	4.0 - 6.0	Metodo enzimatico
Viene fornito temporaneamente il dato in % per agevolare la transizione alla nuova unità di misura di consenso internazionale (mmol/mol).				
Emoglobina Glicosilata	41	mmol/mol	20 - 42	Metodo enzimatico
Livello decisionale per la diagnosi di diabete: 48 mmol/mol				

** Gli esami di questa sezione sono stati eseguiti presso: LAB. SONDRIO

CHIMICA CLINICA e IMMUNOMETRIA**CHIMICA CLINICA**

Reparto: **DISTRETTO DI LIVIGNO**
 C.F.: JAOFTM55A41Z330S
 Libretto: 828WF872
 Data di Nascita: 01/01/1955
 Sesso: F
 Medico richiedente: FOTI NICOLA

Nome: **AJOUAOU, FATIMA**
 Campione: **25286758**
 Data: **25 lug 2022**
 Indirizzo: **V. COMPART 387**
23041 LIVIGNO
 Referto no.:

Descrizione Esame	Risultato	U.M.	Valori di Riferimento	Metodica
S-Sodio	141.6	mmol/L	135.0 - 145.0	Potenzimetria indiretta
S-Potassio	4.54	mmol/L	3.30 - 5.00	Potenzimetria indiretta
S-Calcio nel siero	8.90	mg/dL	8.10 - 10.40	Colorimetrico - Arsenazo III
S-Magnesio	2.36	mg/dL	1.60 - 2.60	Enzimatico-colorimetrico
S - Glucosio	96	mg/dL	70 - 110	esochinasi/G-6-PDH
S-Urea	26	mg/dL	10 - 50	enzimatico - ureasi GLDH
S-Creatinina	0.65	mg/dL	0.55 - 1.02	enzimatico colorimetrico
Valori di riferimento differenziati per sesso ed età.				
Creatinina eGFR - Velocita' Filtrazione Glomerulare stimata	92	ml/min	> 60 =	Calcolo CKD-EPI
Interpretazione: < 15 insufficienza renale 15-30 marcata riduzione della GFR 30-60 moderata riduzione della GFR per valori tra 60 e 90, se vi è sospetto di sofferenza renale, approfondire con altre indagini. N.B. il calcolo non va usato in gravidanza, nei bambini, nei vegetariani, nelle variazioni estreme di massa muscolare (grave magrezza o obesità ecc). Va usato con cautela in in pazienti con patologia acuta in cui non vi sia una situazione renale stabile e in individui >70 anni. Per Afro-American il risultato va moltiplicato per 1,21. Per Asiatici invece il calcolo sovrastima la GFR di un fattore non ancora determinato.				
S-Aspartato aminotransferasi - AST/GOT	23	U/L	3 - 31	IFCC senza piridossalfosfato
S-Alanina aminotransferasi - ALT/GPT	38	* U/L	3 - 31	IFCC senza piridossalfosfato
S--Gamma glutammil transferasi (gamma-GT)	55	* U/L	9 - 36	gamma glutamil p-nitroanilide
S-Acido Urico	4.60	mg/dL	2.40 - 5.70	uricasil/perossidasi accettore tipo Trinder
S-Fosfatasi Alcalina	100	U/L	40 - 150	p-nitrofenil fosfato (PNPP)
Nota: i valori di riferimento sono differenziati per sesso ed età				
S-Trigliceridi	98	mg/dL	45 - 170	enzimatico glicerofosfato, accettore Trinder
S-Colesterolo	156	mg/dL	70 - 200	CHOD/POD accettore Trinder
S-Colesterolo HDL	49	mg/dL	45 - 100	CHOD/POD accettore Trinder

** Gli esami di questa sezione sono stati eseguiti presso: LAB. SONDRIO

ENDOCRINOLOGIA

S-25 OH -Vitamina D	11.5	* ng/mL	30.0 - 100.0	Chemiluminescenza
---------------------	------	---------	--------------	-------------------

** Gli esami di questa sezione sono stati eseguiti presso: LAB. SONDRIO

Sondalo Via Zubiani 33 - 23039 tel. 0342/808273 fax 0342/808399 email: laboratorio2.sl@asst-val.it

Reparto:	DISTRETTO DI LIVIGNO	Nome:	AJOUAOU, FATIMA
C.F.:	JAOFTM55A41Z330S	Campione:	25286758
Libretto:	828WF872	Data:	25 lug 2022
Data di Nascita:	01/01/1955	Indirizzo:	V. COMPART 387
Sesso:	F		23041 LIVIGNO
Medico richiedente:	FOTI NICOLA	Referto no.:	

Descrizione Esame	Risultato	U.M.	Valori di Riferimento	Metodica
-------------------	-----------	------	-----------------------	----------

URINE

URINE ESAME CHIMICO-FISICO

Colore	GIALLO PAGLIERINO			
Aspetto	Limpido			
pH	6.0		5.5 - 6.5	<i>Striscia reattiva</i>
Peso specifico	1017		1006 - 1025	
Proteine	0	mg/L	0 - 150	
Glucosio	0	mg/dL	Assente	
Emoglobina	0	mg/dL	Assente	
Bilirubina	0.0	mg/dL	Assente	
Urobilinogeno	0.2	mg/dL	<= 1.0	
Corpi chetonici	0	mg/dL	Assenti	
Nitriti	Assenti		Assenti	
Sedimento - Eritrociti	5	n°/uL	0 - 20	<i>Citometria automatizzato</i>
Sedimento - Leucociti	59	n°/uL	0 - 20	

** Gli esami di questa sezione sono stati eseguiti presso: LAB. SONDRIO

MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA

BATTERIOLOGIA

URINOCOLTURA DA MITTO INTERMEDIO **Negativo. (Crescita assente o non significativa)**

Nei casi previsti, in caso di positività, viene eseguito Antibiotogramma secondo criteri e interpretazione Eucast vers. 12:

R = Resistente

S = Sensibile, dosaggio standard

I = Sensibile, aumentata esposizione (l'esposizione dipende da dose, modalità ed intervallo di somministrazione dell'agente antimicrobico e dalla sua distribuzione nel sito di infezione)

** Gli esami di questa sezione sono stati eseguiti presso: LAB. SONDRIO

Referto firmato digitalmente da: SONIA D'INZEO

il: 26 luglio 2022 12:05:58

I risultati degli esami sono disponibili anche su internet; è sufficiente collegarsi al sito www.crs.lombardia.it nella sezione "Servizi on-line per il cittadino", per scoprire come accedere al proprio Fascicolo Sanitario Elettronico e consultare i referti.

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT LES SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

J J M M A A A A

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le médecin)

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins 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

ADRESSE DE L'ASSURE(E)

IDENTIFICATION DU MEDECIN

DOCTEUR MARIEN EMILIE

01 MEDECINE GENERALE

CONVENTIONNE

MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

19 RUE COUREAU

33240 SAINT ANDRE DE CUBZAC

=> 33 1 13872 7 00 1 20 1 01 n°AM

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

☒ MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers :

non

oui

date

J J M M A A A A

☐ SOINS dispensés au titre de l'art. L. 115
(cf. la notice au verso : § précédé de "a")
et les recommandations importantes)

MATERNITE

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

J J M M A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous

nom et prénom du médecin :

(s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)

accès direct spécifique

urgence

hors résidence habituelle

médecin traitant remplacé

accès hors coordination

ACTES EFFECTUES

(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : J J M M A A A A)

dates des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés ①	dépass.	frais de déplacement		
							I.D. ② M.D.	nbre	I.K. montant ③
J J M M A A A A		G			25				
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)

25

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du médecin
ayant effectué
l'acte ou les actessignature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L. 114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

IMPRIMERIE CODET 07300 ALBIENVAIS

FSM 01-2011 S 3110j

N° 12541 *02

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale
Art. L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

date 16/12/2022

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT LES SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom

Fatima Ajouaou

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

01/01/1955

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins 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

ADRESSE DE L'ASSURE(E)

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
à remplir par le médecin

IDENTIFICATION DU MEDECIN

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

Dr. Emmanuelle LANGERON

RPPS : 10102141776

MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

Centre de santé Mediksanté

206 Bd. Pereire, 75017 Paris

No FINESS : 750062093

identifiant

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

X MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 115
(cf. la notice au verso : § précédé de "a")
et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

X

accident causé par un tiers :

non

X

oui

date

MATERNITE

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

AT/MP

numéro

ou

date

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous

nom et prénom du médecin :

(s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)

accès direct spécifique

urgence

X

hors résidence habituelle

médecin traitant remplacé

accès hors coordination

ACTES EFFECTUES

(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande :)

dates des actes	codes des actes	activités C. CS CNPSY V. VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés ①	dépass	frais de déplacement		
						I.D. ②	I.K.	montant ③
16/12/2022			TCG	25 Euros		M.D. nbre		

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)

25 Euros

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du médecin
ayant effectué
l'acte ou les actessignature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer