

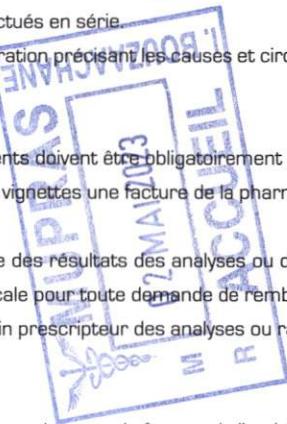
# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## 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 canalaires, 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 canalaires.

## 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.



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

1157

Société : Royal Air Maroc 15900

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal et

Tél. :

0645 315 315

Total des frais engagés : 107,12 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 : .....

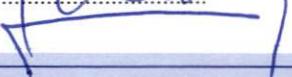
Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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 déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 21/03/2023

Signature de l'adhérent(e) : 

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22- 054793

La boîte à déclarer à l'heure de l'admission.

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1157

Nom de l'adhérent(e) : HAMAYED Rafik

Total des frais engagés : 107,12 Euros

Date de dépôt : .....





Hôpital européen Georges-Pompidou

20, rue Leblanc  
75908 PARIS Cedex 15

Tél. : 01 56 09 20 00

### Pôle Cardio-Vasculaire

**Professeur Emmanuel MESSAS**

*Professeur des Universités*

*Cardiologue – FACC, FESC*

*Past Research fellow Harvard Medical School*

e-mail : [emmanuel.messas@aphp.fr](mailto:emmanuel.messas@aphp.fr)

Secrétariat : 01.56.09.53.36

Fax : 01.56.09.55.11

e-mail : [angela.rocha@aphp.fr](mailto:angela.rocha@aphp.fr)



**HAMAYED RAFIK**

**ORDONNANCE**

**Prescriptions en rapport avec l'ALD**

**Affection Exonérante**

NFS, VS ; Plaquettes, CRP

Iono sang, urée, Créat,

CPK, TROPONINE, LDH, BNP

Cholestérol total, LDL, HDL,

Triglycérides

Glycémie à jeun, Hb glyquée

T3- T4 – TSH

LP(a)

Paris, le 27 JANVIER 2023

SERVICE DE MÉDECINE VASCULAIRE  
Hôpital Européen Georges Pompidou  
Professeur Emmanuel MESSAS  
20 rue Leblanc 75908 Paris Cedex 15  
Secrétariat 01 56 09 37 55 Fax 01 56 09 55 11  
medecine.vasculaire@aphp.fr  
RPPS 10003744793 FINESS 750803447

**Professeur Emmanuel MESSAS**

**BIO LAM LCD LEDRU ROLLIN**  
LABORATOIRE BIOLOGIE MÉDICALE  
88 Avenue Ledru Rollin  
75012 PARIS  
Tél. : 01 46 28 07 53 - Fax : 01 43 43 20 76  
Tél. : 01 46 28 07 53 - Fax : 01 43 43 20 76  
Finess : 75 3 701 192

**Laboratoire LEDRU ROLLIN**

BIOLAM LCD Autorisation 75 005 519 6

SIRET 41423006000397 – Identification 753 701 192  
[siteBiologiste]]

Feuille de soin N°

**M RAFIK HAMAYED EL MILI  
84 RUE DE CHARONNE****75011 PARIS 11**Paris,  
Le Jeudi 02 Février 2023Réf. du dossier : K2302020022**QUITTANCE D'HONORAIRES**

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Nous vous adressons le justificatif de paiement de vos honoraires (tiers payant) à présenter à la mutuelle pour votre remboursement.

Dossier

Demande N° K2302020022

Date de l'examen : 02-02-2023

N° SS de l'assuré(e) :

Né(e) le : 07-08-1939

**Récapitulatif quittance d'honoraire :**

Montant Total	Patient	Sécurité Sociale	Mutuelle	Montant actes HN
86.96	86.96	0.00	0.00	20.00

En vous remerciant, veuillez agréer, Madame, Mademoiselle, Monsieur, l'expression de nos sincères salutations.

 **PAYÉ**

**Laboratoire LEDRU ROLLIN**

BIOLAM LCD Autorisation 75 005 519 6

SIRET 41423006000397 – Identification 753 701 192  
[siteBiologiste]]

Feuille de soin N°

**M RAFIK HAMAYED EL MILI  
84 RUE DE CHARONNE****75011 PARIS 11**Paris,  
Le Jeudi 02 Février 2023Réf. du dossier : K2302020023**QUITTANCE D'HONORAIRES**

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Nous vous adressons le justificatif de paiement de vos honoraires (tiers payant) à présenter à la mutuelle pour votre remboursement.

Dossier

Demande N° K2302020023

Date de l'examen : 02-02-2023

N° SS de l'assuré(e) :

Né(e) le : 07-08-1939

**Récapitulatif quittance d'honoraire :**

Montant Total	Patient	Sécurité Sociale	Mutuelle	Montant actes HN
20.16	20.16	0.00	0.00	0.00

En vous remerciant, veuillez agréer, Madame, Mademoiselle, Monsieur, l'expression de nos sincères salutations.

A red rectangular stamp with a white checkmark inside a box on the left. To the right of the checkmark, the word "PAYÉ" is printed in a bold, sans-serif font.



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

Joindre à cette feuille la prescription des actes

N° de facture

K2302020022

## 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 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

NON

Si le malade est PENSIONNÉ DE GUERRE et si les soins  
concernent l'affection pour laquelle il est pensionné, cocher cette case

X

SI LE MALADE N'EST PAS L'ASSURE(E)

## CODE ORGANISME COMPLEMENTAIRE

Nom et Adresse  
de l'organisme  
complémentaire

NOM

Prénom

Date de naissance

07-08-1939

## PARTIE RESERVÉE AU LABORATOIRE

## IDENTIFICATION DU LABORATOIRE

LBM SELAS LCD SITE LEDRU ROLLIN

30 LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
88 AV LEDRU ROLLIN  
SELAS

CONVENTIONNE

75012 PARIS

=&gt; 75 3 70119 2 001110 30

CAB. CONV. Z.I.S.D IK SPEC

## ACTES RESERVES

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

## PRESCRIPTEUR : NOM et N°

Nom HOPITAL EUROPEEN GEORGES POMPIDOU 750803447

MALADIE MATERNITE ACCIDENT DU TRAVAIL/MALADIE PROFESSIONNELLE

X 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 1*	Montant des actes 2	Majorations (nuit, dimanche jour férié) 3	Montant du dépassement (DE) 4	Montant total des actes de prélèvement 5(2+3+4)	I.F. ou I.F.D. 6	I.D. 7	I.K. 8	Montant 9	Dépassement D.D. 10	Total des frais de déplacement 11
02-02-2023	TB 1.5	3.78	0.00	0.00	3.78	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00

## ACTES DE BIOLOGIE MÉDICALE

## ACTES EFFECTUÉS

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
243	0	20.00	83.18	83.18 (5+11+12+13)

Part organisme complémentaire 86.96

Part organisme 86.96

Part organisme complémentaire 0.00

Part assuré 0.00

Date de la prescription 0.00

Date d'émission des examens 86.96

Suppléments nuit, dimanche et jour férié

## TOTAL DES COEFFICIENTS

NOM et BIO LBM SELAS LCD SITE LEDRU ROLLIN  
LABORATOIRE BIOLOGIE MÉDICALE  
88 Avenue Ledru Rollin

Cachet 75012 PARIS

Tél. : 01 46 28 07 53 - Fax : 01 43 43 20 70  
Finess : 75 3 701 192

27-01-2023 02-02-2023

## REMBOURSEMENT

## A L'ASSURE (E)

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  
est enregistré dans les données vous relatives aux  
actes effectués. 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 toutes les données vous  
concernant auprès de votre organisme d'assurance  
maladieSignature  
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. L377-1 du Code de la Sécurité Sociale, 441-1 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

IMP. COSTE AUBENAS

S 3131e

LEDRU 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	0.00	0.00
Déplacements	0.00	0.00
Prélèvements	3.78	3.78
Nomenclature	63.18	63.18
Examens non remboursés	20.00	20.00
Examens transmis	0.00	0.00
<b>TOTAL</b>	<b>86.96</b>	<b>86.96</b>
<b>TOTAL OP1 () %</b>	<b>0.00</b>	
<b>TOTAL OP2 () %</b>	<b>0.00</b>	

M HAMAYED EL MILI RAFIK  
84 RUE DE CHARONNE75011 PARIS 11  
Dossier : K2302020022 du 02-02-2023

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

Reste a payer

0.00

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

---

**M HAMAYED EL MILI RAFIK**

Date de naissance: 07-08-1939 (83 ans) Sexe: M

84 RUE DE CHARONNE  
75011 – PARIS 11  
Prescrit par le HOPITAL EUROPEEN GEORGES POMPIDOU - 20 RUE LEBLANC

- 75908 PARIS DEDEX 15

Sauf mention contraire, prélevé le :02-02-2023 08:32

Enregistré le 02-02-2023 08:32

Édité le Jeudi 02 Février 2023 à 18:06

Référence K2302020022

**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

Nom du prescripteur :

DR MESSAS

Service :

Téléphone :

*Par Dr MESSAS*

Dossier validé biologiquement par Dr Jean-Michel HADJEZ

## HEMATOLOGIE

Nature de l'échantillon : Sang

### HEMOGRAMME\*\*

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

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

### FORMULE LEUCOCYTAIRE\*\*

Automate Sysmex (Impédance – Cytométrie en flux - Spectrophotométrie)

Polynucléaires neutrophiles	46,1	%	Soit	3,58	G/L	(1,60–5,90)
Polynucléaires éosinophiles	4,4	%	Soit	0,34	G/L	(0,03–0,50)
Polynucléaires basophiles	0,3	%	Soit	0,02	G/L	(0,00–0,09)
Lymphocytes	41,2	%	Soit	3,20	G/L	(1,07–4,10)
Monocytes	8,0	%	Soit	0,62	G/L	(0,23–0,71)

Plaquettes \*\* 238 G/L (140–385)

(Impédance et/ou fluorescence) V.P.M. (Vol. plaq. moyen) \*\* 11,0 fL (8,8–12,2)

Vitesse de sédimentation : Première heure 16 mm (1–32)  
(Photométrie capillaire)

La mesure de la VS par photométrie capillaire peut être minorée en cas de myélome multiple.

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

Dossier K2302020022 du  
02-02-2023

**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)

**13,5** mg/L (0,0–5,0)  
**128,5** nmol/L (0,0–47,6)

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

**1,03** g/L (0,82–1,15)  
**5,72** mmol/L (4,55–6,38)

Hémoglobine A1c (NGSP) :\*\*

(Chromatographie liquide haute performance (HPLC))

**6,3** %

(IFCC) :\*\* **45** mmol/mol Hb (20–42)

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 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 hypoglycémiants, glinide ou insuline.

Urée \*\*  
(Test cinétique)

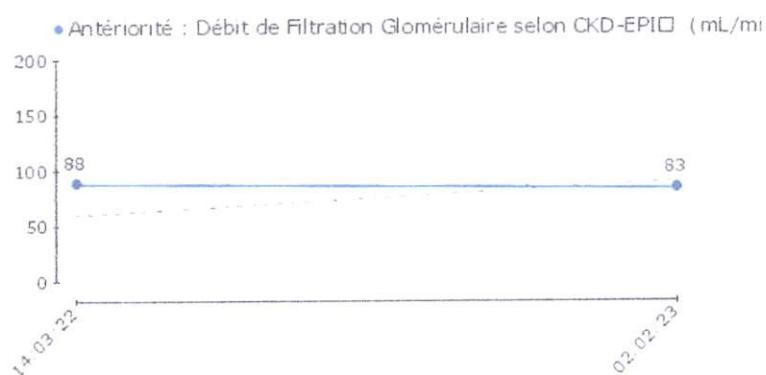
**0,35** g/L (0,17–0,49)  
**5,83** mmol/L (2,83–8,16)

Dossier validé biologiquement par Dr Jean-Michel HADJEZ



	<i>Intervalle de référence</i>			<i>Antériorités</i>
				14-03-2022
<b>Créatinine **</b> (Colorimétrique enzymatique )	7,8 69	mg/L μmol/L	(6,7-11,7) (59-103)	7,0
<b>Débit de Filtration Glomérulaire selon CKD-EPI</b> ** (selon la formule CKD-EPI)	83	mL/min/1,73 (>90) m2		88
<b>Débit de Filtration Glomérulaire **</b> (selon la formule MDRD (caucasien) / 1,73 m2)	95	mL/min/1,73 (>90) m2		108

DFG entre 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> et 90 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> pendant plus de 3 mois peut être évocateur d'une maladie rénale chronique. A confronter au contexte clinique. (HAS 2012).



## Bilan lipidique

Aspect	Limpide		
Cholestérol ** (Colorimétrie enzymatique)	1,81	g/L	(0,50–2,00)
	4,69	mmol/L	(1,30–5,18)
H.D.L. Cholestérol ** (Enzymatique HDL-direct)	0,44	g/L	(>0,55)
	1,14	mmol/L	(>1,42)
L.D.L. Cholestérol calculé (Calculé selon la formule de Friedewald)	1,07	g/L	
	2,77	mmol/L	

Dossier validé biologiquement par Dr Jean-Michel HADJEZ

dagia

Page 4 sur 7

Page 5 sur 7

Page 6 sur 7

