

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

21158

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00512

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre

Retraité

Nom & Prénom :

EL MOUNI Moulay Abdellah

Date de naissance :

09-01-45

Adresse :

Hay el Haoua Rue 32 N°32 CASA

Tél. : 06.19.44.96.32 Total des frais engagés : 23,29 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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 : Casablanca

Le : 17.02.2020

Signature de l'adhérent(e) :

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

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
LABoffice 2, chemin de Frégene 16800 SOYAUX Tél. 05 45 94 50 00 Fax: 05 45 94 51 01	25.11.19	1813 - B2h 8002 - 17G 9005 - 17B 9105 - 5B 9050 - 15 MI 1AU - 13SE	23,29 €

AUXILIAIRES MEDICAUX

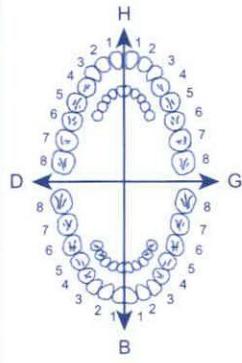
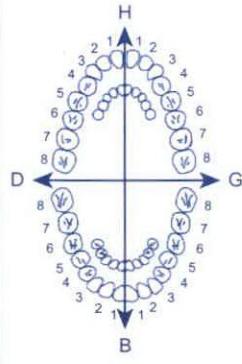
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 B 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION		



ÉTABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG

CENTRE DE SOINS
Site d'Angoulême

Nom : EL MOU.MI
Prénom : Abdeslam
Date de naissance : 01/01/45

LABoffice
2, chemin de Fragnon
16800 SOYAUX
Tel. 05 45 94 50 0
Fax. 05 45 94 50 0

- NFS
 Réticulocytes

- Fer sérique
 Ferritinémie
 Saturation de la transferrine
 Alpha Foeto Protéine
 ASAT
 ALAT
 Gamma-GT
 Testostérone
 Ionogramme Sanguin
 Glycémie
 HbA1c
 Créatininémie
 CDT

- Cholestérol Total - HDL - LDL
 Protides
 Electrophorese des Protides
 T4L - TSH us
 Triglycérides
 Acide urique
 TP/INR
 C.R.P.
 C.P.K.
 Ac Anti-HBc
 Ac Anti-HBs
 Ag HBs
 Ac Anti-HCV
 Sérologie VIH
 Charge Virale du VHB
 Charge Virale du VHC

Fait le 25/11/19

- A Faire Pratiquer le : Dans le mois
 A DOMICILE.

URGENT : MERCI DE FAXER LES RESULTATS AU 05 45 91 46 92

- A JEUN.

- DOUBLE DES RESULTATS AU DOCTEUR

SVP.

ANGOULEME Le

31/07/19

Docteur Carole BOYER
RPPS 10002691615
ADELI 16 000368 7

ÉTABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG NOUVELLE AQUITAINE
SITE D'ANGOULEME Girac
CS 30030
16470 SAINT MICHEL
Tél. : 05 45 91 46 44

Docteur Sophie RAMBEAU-OCTEAU
RPPS 10002727609
ADELI 161019187

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 : EL MOUMI Abdeslam
 (suivi, s'il y a lieu,
 du nom d'usage) : 20 ROUTE DU BOIS BLANC
ADRESSE
 16600 MORNAC

CODE ORGANISME AFFILIATION

Nom et Adresse
 de l'organisme
 de paiement

S'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 case

SI LE MALADE N'EST PAS L'ASSURE(E) **NON** CODE ORGANISME COMPLEMENTAIRE

Nom et Adresse
 de l'organisme
 complémentaire

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

NOM

Prénom : Date de naissance

PARTIE RESERVEE AU LABORATOIRE

IDENTIFICATION DU LABORATOIRE

ACTES RESERVES NOM – Prénom – Qualité (du directeur ou du directeur adjoint autorisé à les effectuer)

SELARL LABOffice
 39 LABORATOIRE POLYVALENT

PRESCRIPTEUR : NOM et N°
 BOYER Carole

160003687

Nom et qualité de l'exécutant des actes de prélèvement

KalilLab
 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)	I.F. 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
25-11-2019	AMI 1.5	4.73	0.00	0.00	4.73		0.00	0	0.00		0.00
25-11-2019	MAU 1	1.35	0.00	0.00	1.35		0.00	0	0.00		0.00

ACTES DE BIOLOGIE MÉDICALE

ACTES EFFECTUÉS
 9005(B17) + 9105(B5) + 1213(B24) + 2002(B17)

Remboursement inférieur à 100 %	Remboursement à 100 %	Montant des actes hors nomenclature	Montant des actes effectués y compris les suppléments	Montant du dépassement D.E.
63	0	0.00	12	13

17.01

TOTAL * (5+11+12+13)

23.09

Part organisme obligatoire

0.00

Part assuré

0.00

23.09

Part organisme complémentaire

Date de la prescription

03-07-2019

Date d'exécution des examens

25-11-2019

Suppléments nuit, dimanche et jour férié

TOTAL DES COEFFICIENTS

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

REMBOURSEMENT

AU LABORATOIRE

Cachet « tiers payant »

X 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 exige l'enregistrement des données relatives aux actes effectués et aux prestations servies. La loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 s'applique aux personnes mentionnées sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant et auprès de votre organisme d'assurance maladie.

Signature
 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 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)

FB01-02 UCANSS Edition 02/03 S 3131e

LABOffice site du Clinical - 2 chemin de Frégeneuil - 16800 SOYAUX

Tel : 05 45 94 50 00 - Fax :

Dont patient :

NOTE HONORAIRE EN EUROS		
Déplacements	0.00	0.00
Prélèvements	6.08	6.08
Nomenclature	17.01	17.01
Examens non remboursés	0.00	0.00
Examens transmis	0.00	0.00
TOTAL	23.09	23.09
TOTAL OP1 () %	0.00	
TOTAL OP2 () %	0.00	

M. EL MOUMI Abdeslam 16600 MORNAC
 Dossier : D191125-0092 du 25-11-2019

M. EL MOUMI Abdeslam (01-01-1945)
 Reste à payer

0.00



ÉTABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG

CENTRE DE SOINS
Site d'Angoulême

Nom : EL MOU.MI.....

Prénom : Abdesslam

Date de naissance : 01/01/45

NFS
 Réticulocytes

Fer sérique
 Ferritinémie
 Saturat. de la transferrine
 Alpha Foeto Protéine
 ASAT
 ALAT
 Gamma-GT
 Testostérone
 Ionogramme sanguin
 Glycémie
 HbA1c
 Crétatinninémie
 CDT

Cholestérol Total - HDL - LDL
 Protides
 Electrophorèse des Protides
 T4L - TSH us
 Triglycérides
 Acide urique
 TP/INR
 C.R.P.
 C.P.K.
 Ac Anti-HBc
 Ac Anti-HBs
 Ag HBs
 Ac Anti-HCV
 Sérologie VIH
 Charge Virale du VHB
 Charge Virale du VHC

A Faire Pratiquer : Dans les urines
 A DOMICILE

A JEUN

DOUILLE DES RÉSULTATS AU DOCTEUR

URGENT : MERCI DE FAXER LES RÉSULTATS AU 05 45 91 46 92

SVP

ANGOULEME Le

31/01/19

Docteur Carole BOYER
RPPS 1000269181B
ADELI 18 000368 7

ÉTABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG NOUVELLE AQUITAINE

SITE D'ANGOULEME Girac

CS 30030

16470 SAINT MICHEL

Tél. : 05 45 91 46 44

Docteur Sophie RAMBEAU-OCTEAU
RPPS 10002727609
ADELI 18 0019187



www.laboffice.fr

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE LABOFFICE

S.E.L.A.R.L. N° d'autorisation 16 SEL 009 - Siège social : 126 rue de Périgueux, 16000 Angoulême

Laboratoire agréé pour la manipulation des gamètes mâles

Accréditation Cofrac N°8-3605 (portée d'accréditation disponible sur www.cofrac.fr)

P. CASASNOVAS
Pharmacien Biologiste
S. LOULIER
Médecin Biologiste

V. CALLEC
Pharmacien Biologiste
C. REVOLTE
Pharmacien Biologiste

C. EURIELT
Pharmacien Biologiste
H. SEROUSSI
Médecin Biologiste

F. JUIN
Pharmacien Biologiste
A. VALLEE
Pharmacien Biologiste

I. LAGRANGE
Pharmacien Biologiste

Pour : M. Abdeslam EL MOUMI

Né(e) le : 01-01-1945, Sexe M,

20 ROUTE DU BOIS BLANC

16600 MORNAC

Prescripteur : DR Carole BOYER

M ABDESLAM EL MOUMI

20 ROUTE DU BOIS BLANC

16600 MORNAC

Dossier N° : D191125-0092 du 25-11-2019

Demande saisie par LG le 25-11-2019 à 11:27

Prélèvement du 25-11-2019 à 11:27 par : LABOffice site du Clinical

Compte-rendu complet édité le 25-11-2019 à 14:23

INFORMATIONS

Les prélèvements sont conformes aux exigences préanalytiques.

BIOCHIMIE

Analyses réalisées sur un échantillon sanguin

Résultats

Valeurs de référence

Antécédents

29-06-2019

59

Ferritine

(SIEMENS Advia Chemistry Technique Enzymatique)

61 ng/ml

(20-250)

Le dosage de la ferritine doit être interprété avec un bilan inflammatoire récent

61 µg/l

(20-250)

04-09-2018

155

Fer

(SIEMENS Advia Chemistry Technique Colorimétrique)

178 µg/dl

(65-175)

Le dosage de la fer doit être interprété avec un bilan inflammatoire récent

31.9 µmol/l

(11.6-31.3)

04-09-2018

2.43

Transferrine

(SIEMENS Advia Chemistry Technique Immuno-turbidimétrique)

2.32 g/l

(2.15-3.65)

04-09-2018

3.39

Capacité totale de saturation

(SIEMENS Advia Chemistry Technique Immuno-turbidimétrique)

3.24 mg/l

58 µmol/l

Coefficient de saturation

55 %

(20-40)

04-09-2018

46

Délais postaux :

Un minimum de 3 jours est nécessaire pour acheminer ce compte rendu par voie postale. Pour réduire ce délai, nous vous conseillons d'utiliser notre serveur de résultat sur internet (www.laboffice.fr) en communiquant au laboratoire votre adresse email.

Dossier validé par Claire REVOLTE

Page 1 / 1