

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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0040304

21458

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00512 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité

Nom & Prénom : EL MOUMI Moulay Abdelkader

Date de naissance : 09-01-45

Adresse : Hay el Hana 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 : Age :

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) :



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

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 Fregene 18800 SOYAUX Tél. 05 45 94 50 00 Fax. 05 45 94 50 01	25-11-19	1213 - B2h 2002 - HB 9005 - HB 9105 - SB 9050 - 1.5.11E 11AU - 1.35E	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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

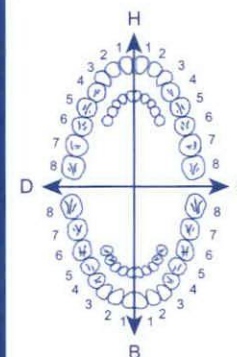
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

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

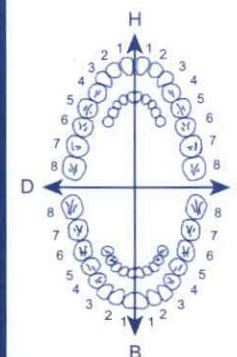
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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 MOUMI
Prénom : Abdeslam
Date de naissance : 01 / 01 / 45

LABoffice

2, chemin de Frégas

16800 SOYAUX

Tel: 05 45 94 50 50

Fax: 05 45 94 50 50

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> NFS | <input type="checkbox"/> Cholestérol Total – HDL - LDL |
| <input type="checkbox"/> Réticulocytes | <input type="checkbox"/> Protides |
| <input checked="" type="checkbox"/> Fer sérique | <input type="checkbox"/> Electrophorese des Protides |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ferritinémie | <input type="checkbox"/> T4L – TSH us |
| <input checked="" type="checkbox"/> Saturation de la transferrine | <input type="checkbox"/> Triglycérides |
| <input type="checkbox"/> Alpha Foeto Proteine | <input type="checkbox"/> Acide urique |
| <input type="checkbox"/> ASAT | <input type="checkbox"/> TP/INR |
| <input type="checkbox"/> ALAT | <input type="checkbox"/> C.R.P. |
| <input type="checkbox"/> Gamma-GT | <input type="checkbox"/> C.P.K. |
| <input type="checkbox"/> Testosterone | <input type="checkbox"/> Ac Anti-HBc |
| <input type="checkbox"/> Ionogramme Sanguin | <input type="checkbox"/> Ac Anti-HBs |
| <input type="checkbox"/> Glycémie | <input type="checkbox"/> Ag HBs |
| <input type="checkbox"/> HbA1c | <input type="checkbox"/> Ac Anti-HCV |
| <input type="checkbox"/> Créatininémie | <input type="checkbox"/> Sérologie VIH |
| <input type="checkbox"/> CDT | <input type="checkbox"/> Charge Virale du VHB |
| | <input type="checkbox"/> Charge Virale du VHC |

Fait le 25-11-13

- ☒ A Faire Pratiquer le : Dans 6 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

3 / 27 / 13

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

Docteur Carole BOYER
RPPS 10002691615
ADELI 16 000368 7

Docteur Sophie RAMBEAU-OCTEAU
RPPS 10002727609
ADELI 161019187

N° 11103*02

Joindre à cette feuille la prescription des actes

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) ET LE MALADE (1)

Numéro d'immatriculation

EL MOUMI Abdeslam

Nom - Prénom

20 ROUTE DU BOIS BLANC

(suivi, s'il y a lieu,
du nom d'usage)

ADRESSE

16600 MORNAC

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

OUI Date

X NON

CODE ORGANISME COMPLEMENTAIRE

Nom et Adresse
de l'organisme
complémentaire

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

NOM

Prénom

Date de naissance

PARTIE RESERVEE AU LABORATOIRE

IDENTIFICATION DU LABORATOIRE

SELARL LABOffice

39 LABORATOIRE POLYVALENT

2, Chemin de Fregeneuil

16800 SOYAUX

=> 163700206 0 1 24 1 39

CAB. CON. Z.ISD IK SPEC

NOM - Prénom - Qualité

ACTES RESERVES

(du directeur ou du directeur adjoint autorisé à les effectuer)

PRESCRIPTEUR : NOM et N°

BOYER Carole

160003687

Nom et qualité de l'exécutant des actes de prélèvement

KaliLab

X 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 dépass. (D.E.)	Montant total des actes de prélèvement 5(2+3+4)	I.F. ou I.F.D.	I.D.	I.K.	Dépassement	Total des frais de déplacement
		2	3	4		6	7	8	9	11
								Nombre	Montant	
									D.D.	
									10	
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 MEDICALE

ACTES EFFECTUES

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.
			12	13
63	0	0.00	17.01	

TOTAL * (5+11+12+13)

23.09

Part organisme obligatoire

0.00

Part organisme
complémentaire

0.00

Part assuré

23.09

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'envoi des données codées relatives aux
actes effectués et 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 les données vous
concernant 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
Prélèvements	6.08
Nomenclature	17.01
Examens non remboursés	0.00
Examens transmis	0.00
TOTAL	23.09
TOTAL OP1 (%)	0.00
TOTAL OP2 (%)	0.00

M. EL MOUMI Abdeslam
20 ROUTE DU BOIS BLANC

16600 MORNAC

Dossier : D191125-0092 du 25-11-2019

23.09

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

0.00



ÉTABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG

CENTRE DE SOINS
Site d'Angoulême

Nom : EL MOUMI

Prénom : Abdeslam

Date de naissance : 01/01/45

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> NFS | <input type="checkbox"/> Cholestérol Total - HDL - LDL |
| <input type="checkbox"/> Réticulocytes | <input type="checkbox"/> Protides |
| <input checked="" type="checkbox"/> Fer sérique | <input type="checkbox"/> Electrophorese des Protides |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ferritinémie | <input type="checkbox"/> T4L - TSH us |
| <input checked="" type="checkbox"/> Saturation de la transferrine | <input type="checkbox"/> Triglycérides |
| <input type="checkbox"/> Alpha Foeto Protéine | <input type="checkbox"/> Acide urique |
| <input type="checkbox"/> ASAT | <input type="checkbox"/> TP/INR |
| <input type="checkbox"/> ALAT | <input type="checkbox"/> C.R.P. |
| <input type="checkbox"/> Gamma-GT | <input type="checkbox"/> C.P.K. |
| <input type="checkbox"/> Testosterone | <input type="checkbox"/> Ac Anti-HBc |
| <input type="checkbox"/> Ionogramme Sanguin | <input type="checkbox"/> Ac Anti-HBs |
| <input type="checkbox"/> Glycémie | <input type="checkbox"/> Ag HBs |
| <input type="checkbox"/> HbA1c | <input type="checkbox"/> Ac Anti-HCV |
| <input type="checkbox"/> Créatininémie | <input type="checkbox"/> Sérologie VIH |
| <input type="checkbox"/> CDT | <input type="checkbox"/> Charge Virale du VHB |
| | <input type="checkbox"/> Charge Virale du VHC |

☒ A Faire Pratiquer le : Dans 6 mois

☐ A DOMICILE

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

☐ A JEUN

☐ **DOUBLE DES RESULTATS AU DOCTEUR**

SVP

ANGOULEME Ls

31/01/19

Docteur Carole BOYER
RPPS 10002691815
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 160019187



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. EURIEULT

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
Ferritine (SIEMENS Advia Chemistry Technique Enzymatique) Le dosage de la ferritine doit être interprété avec un bilan inflammatoire récent	61 ng/ml 61 µg/l	(20-250) (20-250)	29-06-2019 59
Fer (SIEMENS Advia Chemistry Technique Colorimétrique)	178 µg/dl 31.9 µmol/l	(65-175) (11.6-31.3)	04-09-2018 155
Transferrine (SIEMENS Advia Chemistry Technique Immuno-turbidimétrique)	2.32 g/l	(2.15-3.65)	04-09-2018 2.43
Capacité totale de saturation (SIEMENS Advia Chemistry Technique Immuno-turbidimétrique)	3.24 mg/l 58 µmol/l		04-09-2018 3.39
Coefficient de saturation	55 %	(20-40)	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

Site du Château
9, rue du Château
16000 ANGOULEME
Tél 05 45 94 50 05

Site Rue de Périgueux
126, rue de Périgueux
16000 ANGOULEME
Tél 05 45 95 58 71

Site de Ma campagne
412, avenue de Navarre
16000 ANGOULEME
Tél 05 45 61 05 07

Site du Clinical
2, chemin de Fregeneuil
16800 SOYAUX
Tél 05 45 94 50 00

Site de Saint Cybard
96, rue de Saintes
16000 ANGOULEME
Tél 05 45 92 19 70

Site de La Rochefoucauld
Rue du Général De Gaulle
16410 LA ROCHEFOUCAULD
Tél 05 45 63 02 55