

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 rééducation.
- 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 canaux, 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 canaux.

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-427033

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00512 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité
 Nom & Prénom : EL noumi My Abdelham
 Date de naissance : 01.01.45
 Adresse : Hay el Hana Rue 32 N° 32
 Tél : 06 19 44 96 32 Total des frais engagés : 25,25 € 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 :

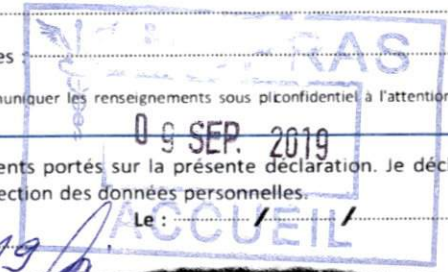
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 09/09/19

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

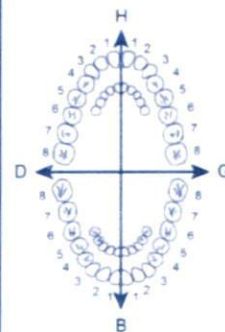
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE 2, chemin de Fregeneuil 16800 SOYAUX Tél. 05 45 94 50 00 Fax. 05 45 94 50 00	29.06.19	B.S. - 110h B.S. - 1213 B.S. - 9005 B.S. - 9105 B.S. - 9050	25,25€

AUXILIAIRES MEDICAUX

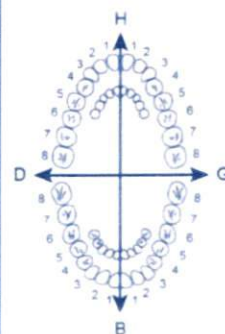
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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 : Nom de Naissance : **EL MOUMI**
Prénom : Nom marital :
Date de naissance Prénom : **Abdeslam**
Né(e) le : **01.01.1945**
N° S.S. :

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> NFS | <input type="checkbox"/> Cholestérol Total – HDL - LDL |
| <input type="checkbox"/> Réticulocytes | <input type="checkbox"/> Protides |
| <input type="checkbox"/> Fer sérique | <input type="checkbox"/> Electrophorese des Protides |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ferritinémie | <input type="checkbox"/> T4L – TSH us |
| <input 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 |

- ☒ **A Faire Pratiquer le :**
☐ **A DOMICILE.**

Dans 1 mois

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

☐ **A JEUN.**

☐ **DOUBLE DES RESULTATS AU DOCTEUR**

SVP.

ANGOULEME Le 10 / 01 / 19

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

**LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE
SELARL LABOFFICE**

N° d'autorisation 16 SEL 009 – Laboratoire agréé pour la manipulation des gamètes mâles
Accréditation Cofrac N°8-3605 (portée d'accréditation disponible sur www.cofrac.fr)

Pour : **M. Abdeslam EL MOUMI**

Né(e) le : 01-01-1945, Sexe : M, NDN :

Dossier N° : D190629-0002 du 29-06-2019

Prescripteur : DR Carole BOYER

Prélèvement du 29-06-2019 à 07:36

BIOCHIMIE

Analyses réalisées sur un échantillon sanguin

Résultats

Valeurs de référence

Antécédents

Ferritine (RC)

(SIEMENS Advia Chemistry Technique Enzymatique)

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

59 ng/ml

(20-250)

59 µg/l

(20-250)

10-01-2019

111

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.

(RC) : Résultat contrôlé

S. Loulier



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
16000 MORNAC
Prescripteur : DR Carole BOYER

M ABDESLAM EL MOUMI

20 ROUTE DU BOIS BLANC
16000 MORNAC

Dossier N° : D190629-0002 du 29-06-2019

Demande saisie par LG le 29-06-2019 à 07:36

Prélèvement du 29-06-2019 à 07:36 par : LABOffice site du Clinical

Compte-rendu complet édité le 29-06-2019 à 11:44

INFORMATIONS

Les prélèvements sont conformes aux exigences préanalytiques.

HEMATOLOGIE

Analyses réalisées sur un échantillon sanguin

Résultats

Valeurs de référence

Antécédents

Numération Formule Sanguine

(Numération globulaire et formule sanguine automatisée : cytométrie en flux – Siemens Advia 2120)

(Numération plaquettaire : méthode optique – Siemens Advia 2120)

10-01-2019

Leucocytes (Gl. Blancs)	5.96	Giga/l	(3.80-10.00)	4.67
Hématies (Gl. Rouges)	4.45	Tera/l	(4.08-5.60)	4.45
Hémoglobine	14.5	g/dl	(12.9-16.7)	14.5
Hématocrite	42.9	%	(38.0-49.0)	43.3
VGM	96.3	fl	(83.0-97.0)	97.4
CCMH	33.8	g/dl	(32.3-36.1)	33.6
TCMH	32.5	pg	(27.8-33.9)	32.7
Plaquettes	160	Giga/l	(140-385)	151
Volume plaquettaire moyen	8.3	fl	(8.0-13.0)	10.9
Commentaires :				
Poly. Neutrophiles	51.0	% Soit	3.04 Giga/l	(1.60-5.90) 2.54
Poly. Eosinophiles	3.8	% Soit	0.23 Giga/l	(0.03-0.50) 0.24
Poly. Basophiles	0.8	% Soit	0.05 Giga/l	(0.00-0.09) 0.03
Lymphocytes	36.5	% Soit	2.18 Giga/l	(1.07-4.10) 1.53
Monocytes	7.9	% Soit	0.47 Giga/l	(0.23-0.71) 0.34

Formule automate (Siemens Advia 2120)

Dossier validé par Serge LOULIER

S. Loulier

Page 1 / 2

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



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

I. LAGRANGE
Pharmacien Biologiste

V. CALLEC
Pharmacien Biologiste

S. LOULIER
Médecin Biologiste

C. EURIEULT
Pharmacien Biologiste

C. REVOLTE
Pharmacien Biologiste

F. JUIN
Pharmacien Biologiste

H. SEROUSSI
Médecin Biologiste

Ph. LABROUSSE
Médecin Biologiste

A. VALLEE
Pharmacien Biologiste

LABoffice

2, chemin de Fregeneuil
16800 SOYAUX
Tél. 05 45 94 50 00
Fax. 05 45 94 50 01

M. Abdeslam EL MOUMI
20 ROUTE DU BOIS BLANC

16600 MORNAC

Réf. du dossier :
D190629-0002 du 29-06-2019

SOYAUX, le Samedi 29 Juin 2019

NOTE D'HONORAIRES

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de votre confiance et vous adressons nos honoraires relatifs à vos examens du 29-06-2019 prescrits par le DR Carole BOYER.

MONTANT A REGLER :

25.25 Euros

PAYÉ

en espèces, le 29-06-19

Si ces examens bénéficient du tiers payant, veuillez nous faire parvenir les renseignements permettant leur prise en charge : copies de vos attestations de sécurité social et de mutuelle.

Si vous ne bénéficiez pas du tiers payant, les documents nécessaires à votre remboursement vous parviendront dès réception de votre règlement.

En vous remerciant de votre confiance, veuillez agréer, Madame, Monsieur, nos sincères salutations.

La direction



ÉTABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG

CENTRE DE SOINS
Site d'Angoulême

Nom : Nom de Naissance : EL MOUMI
Prénom : Norm marital :
Né(e) le : 01.01.1945
Date de naissance : N° S.S. :

☒ 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

☒ A Faire Pratiquer le : *Dans 4 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 *10/01/19*

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 162019187

N° 11103*02

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)
ADRESSE 20 ROUTE DU BOIS BLANC
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

BOILEVIN Lydie

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 dépassem. (DE)	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	
	1	2	3	4		6	7	Nombre 8	Montant 9	D.D. 10	11
29-06-2019	AMI 1.5	4.73	0.00	0.00	4.73		0.00	0	0.00		0.00
29-06-2019	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) + 1104(B25)

Remboursement
inférieur à 100 %

71

Remboursement à
100 %

0

Montant des actes
hors nomenclature

0.00

Montant des actes
effectués y compris
les suppléments
12

19.17

Montant du
dépassement D.E.
13

TOTAL * (5+11+12+13)

25.25

Part organisme obligatoire

0.00

Part organisme
complémentaire

Part assuré

0.00

Date de la
prescription

25.25

Date d'exécution
des examens

10-01-2019

29-06-2019

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 »

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 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 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	19.17
Examens non remboursés	0.00
Examens transmis	0.00
TOTAL	25.25
TOTAL OP1 () %	0.00
TOTAL OP2 () %	0.00

25.25

M. EL MOUMI Abdeslam

20 ROUTE DU BOIS BLANC

16600 MORNAC

Dossier : D190629-0002 du 29-06-2019

M. EL MOUMI Abdeslam (01-01-1945)

Reste à payer

0.00