

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W19-427033

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 00512	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Retraité
Nom & Prénom : EL Mouni		My Abdellah	
Date de naissance : 01-01-45			
Adresse : Hay el Henna Rue 32 N° 32		CASABLANCA	
Tél. : 06 19 44 96 38		Total des frais engagés : 25,25 €	
Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 1			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 SEP. 2019	Signature de l'adhérent(e) : 09/09/19	
JACQUEIL			

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
				INP : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

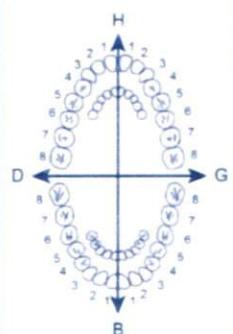
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue LABOTICE	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
2, chemin de Fregeneuil 16800 SOYAUX Tél. 05 45 94 50 00 Fax. 05 45 94 50 01	29.06.19	B85 - 110h B81 - 1213 B11 - 900S BS - 910S ANT - 9050	25,95€

AUXILIAIRES MEDICAUX

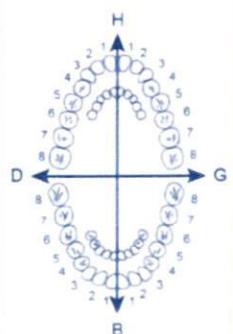
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE 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. :



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 :

A DOMICILE.

Dans l'moi

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

(Signature)

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

10-01-2019

111

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)

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

Soulier



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

V. CALLEC

Pharmacien Biologiste

C. EURIEULT

Pharmacien Biologiste

F. JUIN

Pharmacien Biologiste

I. LAGRANGE

Pharmacien Biologiste

S. LOULIER

Médecin Biologiste

C. REVOLTE

Pharmacien Biologiste

H. SEROUSSI

Médecin Biologiste

A. VALLEE

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° : 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)
Poly. Eosinophiles	3.8	% Soit	0.23 Giga/l	(0.03–0.50)
Poly. Basophiles	0.8	% Soit	0.05 Giga/l	(0.00–0.09)
Lymphocytes	36.5	% Soit	2.18 Giga/l	(1.07–4.10)
Monocytes	7.9	% Soit	0.47 Giga/l	(0.23–0.71)

Formule automate (Siemens Advia 2120)

Soulier

Dossier validé par Serge LOULIER

Page 1 / 2



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

Nom marital : Prénom : Abdeslam

Né(e) le : 01.01.1945

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.

A JEUN.

DOUBLE DES RESULTATS AU DOCTEUR

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

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 162019187

FEUILLE D'HONORAIRES D'ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE

N° de facture
D190629-0002

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

S'agit-il d'un accident
 causé par un tiers ?
 Si le malade est PENSIONNE DE GUERRE et si les soins
 concernant l'affection pour laquelle il est pensionné, cocher cette case

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

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

 X NON

CODE ORGANISME COMPLEMENTAIRE

Nom et Adresse
 de l'organisme
 complémentaire

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
 2, Chemin de Fregeneuil
 16800 SOYAUX
 => 163700206 0 1 24 1 39
 CAB. CON. Z.ISD IK SPEC

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.	I.K.	Dépassement	Total des frais de déplacement	
	1	2	3	4	5(2+3+4)	6	7	8	9	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 MÉDICALE

ACTES EFFECTUÉS
 9005(B17) + 9105(B5) + 1213(B24) + 1104(B25)

Remboursement inférieur à 100 %	Remboursement à 100 %	Montant des actes hors nomenclature	Montant des actes effectués y compris les suppléments	Montant du dépassement du D.E.
71	0	0.00	12	13
		0.00	19.17	25.25

TOTAL * (5+11+12+13)

25.25

Part organisme obligatoire

0.00

Part organisme complémentaire

Part assuré

0.00

Date de la prescription

Date d'exécution des examens

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 »

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 exclut 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.

La loi rend possible 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)

Signature du Directeur
 du laboratoire attestant
 l'exécution des actes et
 le cas échéant le paiement

Stoulier

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 :

M. EL MOUMI Abdeslam
 20 ROUTE DU BOIS BLANC

16600 MORNAC
 Dossier : D190629-0002 du 29-06-2019

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

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

Reste a payer

0.00