

# 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.

## 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.

## Educational :

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



33190

## Déclaration de Maladie : N° P19-0020789

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1679 Société : Royal Air Maroc  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : AKKAZENE Ned Date de naissance : 01/01/1954  
Adresse : Lotissement Zahra rue 8 n°2 Anichok  
Tél. : 066764605 Total des frais engagés : Dhs

Dr. medic. Simona Herle

### Cadre réservé au Médecin

Fachärztin für Frauenheilkunde  
und Geburtshilfe  
Schillerstr. 26  
60513 Frankfurt  
Tel.: 069 28 27 17 od. 29 65 63  
Fax: 29 70 991

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17 / 02 / 2020

Nom et prénom du malade : ZOUGAHI Nasser Age : 07/01/1959

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Carcinome du Cervix opéré en 2007

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Contrôle préventif des contractions

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 : Oujda Le : 01 / 05 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0020789

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 : 1679

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

| 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                                                                                                         |
| 17.02.20                       | (voir factures ci-joint) |                       | 25 € +<br>389,61 €              | Dr. med. Simona Herle<br>Fachärztin für Frauenheilkunde<br>und Geburtshilfe<br>Schillerstr. 26<br>60313 Frankfurt<br>Tel.: 069 28 27 17 od. 29 65 63<br>Fax: 29 70 991 |

Cachet et signature du Médecin  
attestant le Paiement des Arrears  
**Dr. med. c. Simona Heller**  
Fachärztin für Frauenheilkunde  
und Geburtshilfe  
Schillerstr. 26  
60313 Frankfurt  
Tel.: 069 28 27 17 00 29 65 63  
Fax: 29 70 991

| EXECUTION DES ORDONNANCES                                                                        |          |                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur                                                        | Date     | Montant de la Facture |
| <br>04 Dec 2020 | 04.03.20 | 37,01 €               |
|                                                                                                  |          |                       |
|                                                                                                  |          |                       |
|                                                                                                  |          |                       |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                               |          |                                 |                           |
|--------------------------------------------------------|----------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du Radiologue | Date     | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>des Honoraires |
|                                                        | 18.02.20 | (voir facture<br>jointe)        | 145.62 €                  |
|                                                        |          |                                 |                           |
|                                                        |          |                                 |                           |
|                                                        |          |                                 |                           |

[illegible]

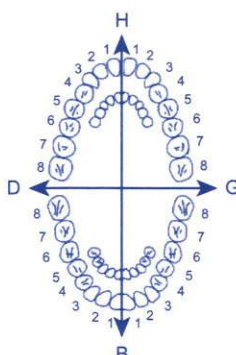
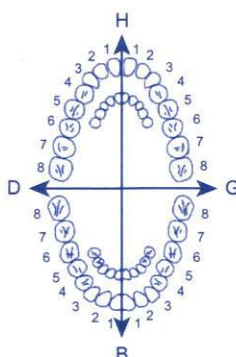
**\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.**

## RELEVÉ 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

| SOINS DENTAIRES                                                                     | Dents<br>Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Nature des<br>Soins                                                                             | Coefficient |                                                                       |                                                                  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--|----------------------|----------------------|---|---|----------------------|----------------------|---|
|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                 |             | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/> |                                                                  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |
|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                 |             |                                                                       |                                                                  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |
|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                 |             | MONTANTS<br>DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>      |                                                                  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |
|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                 |             |                                                                       |                                                                  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |
|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                 |             | DEBUT<br>D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>       |                                                                  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |
|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                 |             |                                                                       |                                                                  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |
|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                 |             | FIN<br>D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>         |                                                                  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |
|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                 |             |                                                                       |                                                                  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |
|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                 |             |                                                                       |                                                                  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |
|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                 |             |                                                                       |                                                                  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |
| <b>O.D.F</b><br><b>PROTHESES DENTAIRES</b>                                          | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT<br/>MASTICATOIRE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                 |             | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/> |                                                                  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |
|                                                                                     | <table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">H</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412<br/>00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552<br/>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000<br/>35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000<br/>11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">B</td></tr> </table> |                                                                                                 |             |                                                                       | H                                                                |  | 25533412<br>00000000 | 21433552<br>00000000 | D | G | 00000000<br>35533411 | 00000000<br>11433553 | B |
|                                                                                     | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                 |             |                                                                       |                                                                  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |
|                                                                                     | 25533412<br>00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 21433552<br>00000000                                                                            |             |                                                                       |                                                                  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |
|                                                                                     | D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | G                                                                                               |             |                                                                       |                                                                  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |
|                                                                                     | 00000000<br>35533411                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 00000000<br>11433553                                                                            |             |                                                                       |                                                                  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |
|                                                                                     | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                 |             |                                                                       |                                                                  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |
|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |             |                                                                       | MONTANTS<br>DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/> |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |
|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                 |             |                                                                       |                                                                  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |
|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                 |             |                                                                       | DATE DU<br>DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>      |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |
|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                 |             |                                                                       |                                                                  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |
|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                 |             | DATE DE<br>L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>     |                                                                  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |
|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                 |             |                                                                       |                                                                  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |
|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                 |             |                                                                       |                                                                  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |
|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                 |             |                                                                       |                                                                  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, ainsi que le bilan de**

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

# 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

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.



## Declaration de Maladie

N° W19-512899

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1679 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Ned

Nom & Prénom : AKKAZENE

Date de naissance : 01/01/1954

Adresse : - 0661 1961 79

Tél : - 0667 16 46 05 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Mme ZOUGAIT Nana Age : 26

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

Fait à : Tanger Le : 04/12/2019

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-512899

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

Matricule :  
Nom de l'adhérent(e) :  
Total des frais engagés :

[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES                                            |          |                       |
|----------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur                            | Date     | Montant de la Facture |
| Berliner Apotheke<br>Apotheker M. S. Siddiq e.K.                     | 04.03.20 | 3701 €                |
| 04. März 2020                                                        |          |                       |
| Berliner Str. 31-35 65760 Eschborn<br>Tel. gebührenfrei 0800/0042277 |          |                       |

[illegible]

| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |     |     |     |                                    |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |

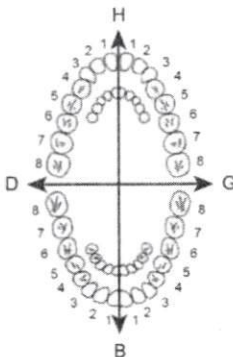
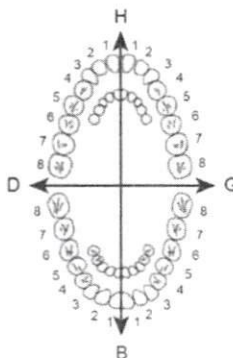
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan d

| SOINS DENTAIRES                                                                       | Dents<br>Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Nature des<br>Soins | Coefficient                                 | INP : <input type="text"/>                      |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|
|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                             | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX <input type="text"/> |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                             |                                                 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                             | MONTANTS<br>DES SOINS <input type="text"/>      |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                             |                                                 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                             | DEBUT<br>D'EXECUTION <input type="text"/>       |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                             |                                                 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                             | FIN<br>D'EXECUTION <input type="text"/>         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                             |                                                 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                             |                                                 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                             |                                                 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                             |                                                 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES                                                          | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                     |                                             | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX <input type="text"/> |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> |                     |                                             |                                                 | H |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |
|                                                                                       | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                                             |                                                 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|                                                                                       | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 21433552            |                                             |                                                 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|                                                                                       | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 00000000            |                                             |                                                 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|                                                                                       | D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | G                   |                                             |                                                 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|                                                                                       | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 00000000            |                                             |                                                 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|                                                                                       | 35533411                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 11433553            |                                             |                                                 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|                                                                                       | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                                             |                                                 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|                                                                                       | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                             | MONTANTS<br>DES SOINS <input type="text"/>      |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                             |                                                 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     | DATE DU<br>DEVIS <input type="text"/>       |                                                 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                             |                                                 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     | DATE DE<br>L'EXECUTION <input type="text"/> |                                                 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                             |                                                 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                             |                                                 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                             |                                                 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                             |                                                 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                             |                                                 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr. medic Simona Herle  
Fachärztin für Frauenheilkunde  
und Geburtshilfe

60313 Frankfurt/ Main  
Schillerstraße 26  
Tel. 069/282717 od. 296563  
Fax: 069/2970991

---

Frankfurt am Main, 03.03.2020

Frau  
Nassera Zougagh  
Berliner Str. 8  
c/o Akkazene

D-65760 Eschborn

Betr.: Patientin Nassera Zougagh, geb. 07.01.59

Bei der gynäkologischen und kolposkopischen Untersuchung  
von Frau Zougagh am 17.02.2020 wurde bei  
Zustand nach Konisation(2007) und TE folgender Befund erhoben:

Die palpatorische sowie sonographische Untersuchung  
des Unterleibes, ergab keinen pathologischen Befund.

Atrophische Kolpitis, altersentsprechend,

Zytologische Kontrolle: Gruppe PAP I

Zum Aufbau der Vaginalflora soll die Patientin  
weiterhin Lokalbehandlung mit Oestrogynedron durchführen.

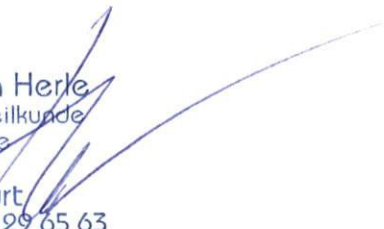
Laborbefunde: Vitamin D Mangel: siehe Kopie  
Pat. soll 1x wöchentlich Dekristol 20.000 einnehmen.

Die zusätzliche palpatorische sowie sonographische Untersuchung  
beider Brüste ergab keinen pathologischen Befund.

Die nächste gynäkologische Untersuchung sollte im August 2020  
durchgeführt werden.

Dr. medic. Simona Herle

Dr. medic. Simona Herle  
Fachärztin für Frauenheilkunde  
und Geburtshilfe  
Schillerstr. 26  
60313 Frankfurt  
Tel.: 069 / 28 27 17 od. 29 65 63  
Fax: 29 70 991



Dr. Medic Simona Herte

Adresse: Schillerstrasse, 26

60313, Frankfurt  
Allemagne

Tel: (+49) 69 282717

Fax: (+49) 69 2970 991

Frankfurt, le 03.03.2020

Mme Namera Zouqath

Berliner Strasse, 8 (Gottmannstrasse)

65760, Eschborn.

Objet: Compte rendu, Pathologie Namera Zouqath, Né 27.01.1959

Aux examens gynécologiques colposcopiques de

Mme Zouqath Namera, effectués le 17.02.2020, et reconnais

saute à la commission gynécologique en 2007, il a été noté la

diagnostic suivant:

- l'examen palpatoire et échographique de l'abdomen n'a relevé

aucun signe pathologique.

- Colpité atrophique, liée à l'âge de la patiente.

- Contrôle cytologique: groupe PAPI

- Pour développer la flore vaginale, le frottis doit contenir

à appliquer le traitement local: l'acétogynestrom.

- Examen anatomopathologique (voir page suivante)

La carcerie en famille doit être médicalement:

Prescription d'acétogynestrom 20.000.

- l'examen palpatoire et échographique supplémentaires des

deux seins n'a relevé aucune anomalie pathologique.

Le prochain contrôle cytologique doit s'effectuer en Août 2020.

Signé: Dr Medic Simona Herte

Privat

Name, Vorname des Versicherten

Zougagh  
Nassera

geb. am

07.01.59

Berliner Str. 8 c/o Akkazene, E  
D 65760 Eschborn

Versicherungsnummer

Personennummer

Unfall

Karte gültig bis

Datum

401038700 755089415 03.03.20

DEKRISTOL 20000 I.E. WKA50;

aut  
idem

Dekristol 20000 I.E.  
WKA 50 St N2 4007393

aut  
idem

aut  
idem

PKVH

10-/8 Bahnhof-Apotheke, Berliner str 31-35

\* Aut-idem ist ausgeschlossen, wenn der Arzt ein Verschreiben durch Aut-idem als notwendig gemacht hat.

Unterschrift des Arztes

Bezugsdatum

040320

Apotheken-Nummer

+5312918+

Gesamt Brutto

37,01

Arzneimittel-Hilfsmittel-Heilmittel-Nr

Faktor

Taxe

04007393

1

3701

40 10 39700

Dr.-medic Simona Herle

Frauenärztin

Schillerstr.26

60313 Frankfurt

069-23 27 17

Dr. medic Simona Herle

Ärztin für Frauenheilkunde  
und Geburtshilfe

60313 Frankfurt/Main  
Zeil 123 (Hauptwache)  
Tel. 069/282717+296563  
Fax. 069/2970991  
email: DR.SIMONA.HERLE@GMX.de

Frau  
Nassera Zougagh  
Berliner Str. 8 c/o Akkazene, Eliass  
  
65760 Eschborn

Patientin:  
Zougagh, Nassera 07.01.59

Datum : 17.02.20

Re.-Nr.: 14903

Für ärztliche Leistungen am 17.02.20  
erlaube ich mir € 389,61 zu berechnen.

**Diagnosen:**

Zust. nach Konisation; Zust. nach Vag.-Hysterekt. sine Adnexe  
Makromastie; Mastopathie, unkl. Tastbefund; Krebsvorsorge  
Atrophische Kolpitis  
Zust.n.vag. Hysterektomie sine Adnexe bei Cervixcarcinom; Harnwegsinfekt  
Zystitis; Klimakterische Beschwerden

| Datum    | GO-Nr. | Leistungsbezeichnung           | Gebühr | Faktor | Betrag |
|----------|--------|--------------------------------|--------|--------|--------|
| 17.02.20 | 34     | Erörterung, mind. 20 Min.      | 17,49  | 2,300  | 40,22  |
|          | 27     | Krebsfrüherkennung Frau        | 18,65  | 2,300  | 42,90  |
|          | 1070   | Kolposkopie                    | 4,25   | 2,300  | 9,79   |
|          | 1075   | Vaginale Behandlung            | 2,62   | 2,300  | 6,03   |
|          | 3531   | Urinsediment                   | 4,08   | 1,150  | 4,69   |
|          | 3508   | Mikroskop.Unters.Nativpräparat | 4,66   | 1,150  | 5,36   |
|          | 3509   | Mikros.Unters.einfache Färbung | 5,83   | 1,150  | 6,70   |
|          | 4711   | Pilznachweis im Nativmaterial  | 6,99   | 1,150  | 8,04   |
|          | 4715   | Pilznachweis einf. Nährmedien  | 5,83   | 1,150  | 6,70   |
|          | 4749   | Trichomonaden                  | 9,33   | 1,150  | 10,72  |
|          | 298x5  | Abstrichentn.für Mikrobiologie | 2,33   | 2,300  | 26,80  |
|          | 250    | Blutentnahme aus Vene          | 2,33   | 1,800  | 4,20   |
|          | A4062  | Ähnliche Untersuchungen        | 27,98  | 1,150  | 32,17  |
|          |        | Schebo2/1                      |        |        |        |
|          | A3747  | Haptoglobin                    | 10,49  | 1,150  | 12,07  |
|          |        | Schebo2/1                      |        |        |        |

Zwischensumme € 216,39

.../2

2/2

Re.-Nr.: 14903

Seite 2

Übertrag

€ 216,39

| Datum    | GO-Nr. | Leistungsbezeichnung                                                               | Gebühr | Faktor | Betrag |
|----------|--------|------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|--------|
| 17.02.20 | 418    | Ultraschallunters.Brustdrüse<br>Mamm r<br>erhöhter technischer Aufwand             | 12,24  | 3,500  | 42,84  |
|          | 420x3  | Ultraschallunters.bis 3 Organe<br>Mamm L;Axill bds<br>erhöhter technischer Aufwand | 4,66   | 3,500  | 48,96  |
|          | 410    | Ultraschallunters. ein Organ<br>Adnexr                                             | 11,66  | 2,300  | 26,81  |
|          | 420x2  | Ultraschallunters.bis 3 Organe<br>Adnex links;Blase                                | 4,66   | 2,300  | 21,44  |
|          | 403    | Zuschlag zu Sono-Leistungen<br>/transkavit.                                        | 8,74   | 1,800  | 15,74  |
|          | 75     | Ausführlicher Bericht                                                              | 7,58   | 2,300  | 17,43  |

Rechnungsendbetrag € 389,61

Zytologie + 25,00  
414,61

Dr. medic. Simona Hehle  
Fachärztin für Frauenheilkunde  
und Geburtshilfe  
Schillerstr. 26  
60313 Frankfurt  
Tel.: 069 / 28 27 17 od. 29 65 63  
Fax: 29 70 991

Zahlung bar erhalten

# Dr. medic Simona Herle

Ärztin für Frauenheilkunde  
und Geburtshilfe

60313 Frankfurt/Main  
Zeil 123 (Hauptwache)  
Tel. 069/282717+296563  
Fax. 069/2970991  
email: DR.SIMONA.HERLE@GMX.de

→ Traduction approximative ..

Frau  
Nassera Zougagh  
Berliner Str. 8 c/o Akkazene, Eliass  
  
65760 Eschborn

Patientin:  
Zougagh, Nassera 07.01.59

Datum : 17.02.20

Re.-Nr.: 14903

D U P L I K A T

Für ärztliche Leistungen am 17.02.20  
erlaube ich mir € **389,61** zu berechnen.

## Diagnosen:

Zust. nach Konisation; Zust. nach Vag.-Hysterekt. sine Adnexe  
Makromastie; Mastopathie, unkl. Tastbefund; Krebsvorsorge  
Atrophische Kolpitis  
Zust.n.vag. Hysterektomie sine Adnexe bei Cervixcarcinom; Harnwegsinfekt  
Zystitis; Klimakterische Beschwerden

| Datum    | GO-Nr. | Leistungsbezeichnung                 | Gebühr | Faktor | Betrag |
|----------|--------|--------------------------------------|--------|--------|--------|
| 17.02.20 | 34     | Erörterung, mind. 20 Min.            | 17,49  | 2,300  | 40,22  |
|          | 27     | Krebsfrüherkennung Frau              | 18,65  | 2,300  | 42,90  |
|          | 1070   | Kolposkopie                          | 4,25   | 2,300  | 9,79   |
|          | 1075   | Vaginale Behandlung                  | 2,62   | 2,300  | 6,03   |
|          | 3531   | Urinsediment                         | 4,08   | 1,150  | 4,69   |
|          | 3508   | Mikroskop.Unters.Nativpräparat       | 4,66   | 1,150  | 5,36   |
|          | 3509   | Mikros.Unters.einfache Färbung       | 5,83   | 1,150  | 6,70   |
|          | 4711   | Pilznachweis im Nativmaterial        | 6,99   | 1,150  | 8,04   |
|          | 4715   | Pilznachweis einf. Nährmedien        | 5,83   | 1,150  | 6,70   |
|          | 4749   | Trichomonaden                        | 9,33   | 1,150  | 10,72  |
|          | 298x5  | Abstrichentn.für Mikrobiologie       | 2,33   | 2,300  | 26,80  |
|          | 250    | Blutentnahme aus Vene                | 2,33   | 1,800  | 4,20   |
|          | A4062  | Ähnliche Untersuchungen<br>Schebo2/1 | 27,98  | 1,150  | 32,17  |
|          | A3747  | Haptoglobin<br>Schebo2/1             | 10,49  | 1,150  | 12,07  |

Zwischensumme € 216,39

.../2

Übertrag

€ 216,39

| Datum    | GO-Nr. | Leistungsbezeichnung                                                               | Gebühr | Faktor | Betrag |
|----------|--------|------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|--------|
| 17.02.20 | 418    | Ultraschallunters.Brustdrüse<br>Mamm r<br>erhöhter technischer Aufwand             | 12,24  | 3,500  | 42,84  |
|          | 420x3  | Ultraschallunters.bis 3 Organe<br>Mamm L;Axill bds<br>erhöhter technischer Aufwand | 4,66   | 3,500  | 48,96  |
|          | 410    | Ultraschallunters. ein Organ<br>Adnexr                                             | 11,66  | 2,300  | 26,81  |
|          | 420x2  | Ultraschallunters.bis 3 Organe<br>Adnex links;Blase                                | 4,66   | 2,300  | 21,44  |
|          | 403    | Zuschlag zu Sono-Leistungen<br>/transkavit.                                        | 8,74   | 1,800  | 15,74  |
|          | 75     | Ausführlicher Bericht                                                              | 7,58   | 2,300  | 17,43  |

Rechnungsendbetrag € 389,61

(\*) Analyse Loh's effectuée en laboratoire) 25 Euros ← Zytologie + 25,00  
414,61 €

Traduction approximative :

Suite aux actes médicaux effectués le 17/02/2020,  
Je me permets de facturer 414,61 Euros,  
(389,61 Euros + 25 Euros).

Dr. medic. Simona Herle  
Fachärztin für Frauenheilkunde  
und Geburtshilfe  
Schillerstr. 26  
60313 Frankfurt  
Tel.: 069 / 28 27 17 6d. 29 65 63  
Fax: 29 70 991

Diagnostic:

Après conisation, après hystérectomie vaginale,  
colpite atrophique, examen pour dépistage  
de cancer.

suivi prélèvement vaginal, annexes de  
l'hystérectomie atrophique dans le carcinome  
cervical, métapathie palpation.

détails des actes médicaux,

voir liste + tarification ci-dessous.

Betrag bar  
erhalten

# OptiCyt®

Fachübergreifende  
Teilberufsausübungsgemeinschaft  
für Zytologie Frankfurt am Main GbR

Ginnheimer Landstraße 86  
60487 Frankfurt am Main

Telefon +49 (0) 69 951447-0  
Fax +49 (0) 69 951447-50

info@opti-cyt.de  
www.opti-cyt.de

## MVZ Pathologie

Prof. Dr. med. Sebastian Aulmann  
Dr. med. Katja Technau-ihling  
Prof. Dr. med. Marc-Oliver Riemer  
Dr. med. Manuel Ben Niedermagen  
Dr. med. Alexandra Glaser  
Prof. Dr. med. Stephan Machar-  
Göppinger  
Dr. med. Christiana Rakoczy  
Dr. med. Viola Jäger  
Prof. Dr. med. Christian Ihling

Fachärzte für Pathologie

\* Angestellter Arzt

## BAG - Gynäkologie

Dr. med. Thomas Bicker  
Dr. med. Karin Schramm  
Fachärzte für Gynäkologie  
\* Berufsausübungsgemeinschaft

OptiCyt-Zytologie - Postfach 200131 - 60313 Frankfurt am Main

Frau

ZMP F 33 HESF

Dr. med. S. Herle

FÄ für Frauenheilkunde

Schillerstraße 26

60313 Frankfurt am Main



Patient: Zougagh, Nassera \*07.01.1959 (61j)

W

Eing.-Datum: 20.02.2020

Ausg.-Datum: 03.03.2020 EH/fo

C-Nr.: C 20098-20

## Bericht über die Pathologisch-anatomische Begutachtung

Vorbefunde: C/19/106412, C/19/22342, C/18/131534, C/18/22706, C/17/133650, C/17/5425, C/15/218298, C/15/114085

(Bei elektronischer Übermittlung ist dieser Befund auch ohne Originalunterschriften gültig, sofern von den in die Fachstellen für Pathologie validiert und für den Versand freigegeben wurde.)

Endocervix: Nein

Proliferationsgrad: 3-2

Flora: Mischflora

Gruppe: I

Bemerkung: Kein Dysplasienachweis.

40 10387 00  
Dr. med. Simona Herle  
Fachärztin für Frauenheilkunde  
und Geburtshilfe  
Schillerstrasse 26  
60313 Frankfurt  
Tel. 069 282717

# OptiCyt®

Fachübergreifende  
Teilberufsausübungsgemeinschaft  
für Zytologie Frankfurt am Main GbR

Ginnheimer Landstraße 86  
60487 Frankfurt am Main

Telefon +49 (0) 69 951447-0  
Fax +49 (0) 69 951447-50

info@opti-cyt.de  
www.opti-cyt.de

MVZ Pathologie  
Prof. Dr. med. Sebastian Fuhrmann  
Dr. med. Katja Technau-Ihling  
Prof. Dr. med. Marc-Oliver Rianer  
Dr. med. Manuel Ben Niedermagen  
Dr. med. Alexandra Glaser  
Prof. Dr. med. Stephan Machar-  
Göpplinger  
Dr. med. Christiana Rakoczy  
Dr. med. Viola Jäger  
Prof. Dr. med. Christian Ihling  
Fachstelle für Pathologie  
\* Angestellter Arzt

BAG\* - Gynäkologie  
Dr. med. Thomas Bicker  
Dr. med. Karin Schramm  
Fachstelle für Gynäkologie  
\* Berufsausübungsgemeinschaft

OptiCyt MVZ-Teilg. - Postfach 20098 - 60316 Frankfurt am Main

Frau ZMP F 33 HESF

Dr. med. S. Herle  
FÄ für Frauenheilkunde  
Schillerstraße 26  
60313 Frankfurt am Main



Patient: Zougagh, Nassera \*07.01.1959 (61j)  
Eing.-Datum: 20.02.2020 Ausg.-Datum: 03.03.2020 EH/fo  
C-Nr.: C 20098-20

W

## Bericht über die Pathologisch-anatomische Begutachtung

Vorbefunde: C/19/106412, C/19/22342, C/18/131534, C/18/22706, C/17/133650, C/17/5425, C/15/218298, C/15/114065  
(Bei elektronischer Übermittlung ist dieser Bericht auch ohne Originalunterschriften gültig, da er von den für Fachstellen für Pathologie validiert und für den Versand freigegeben wurde.)

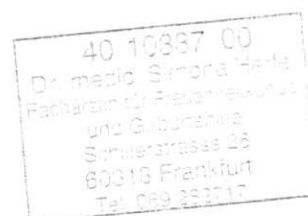
Endocervix: Nein

Proliferationsgrad: 3-2 → Niveau de proli- fixation.

Flora: Mischflora

Gruppe: I

Bemerkung: Kein Dysplasienachweis.



Rapport d'examen anatom. pathologique

→ pas de dysplasie.

# Laboratoire

## → Facture d'analyses

**Medizinisches Versorgungszentrum**

Laboratoriumsmedizin \* Gynäkologische Endokrinologie \* Psychotherapie

**Dr. med. H. Riegel GmbH**

Kreuzberger Ring 60 \* 65205 Wiesbaden

Telefon (0611) 73 73-0 \* Fax (0611) 73 73-79 \* E-mail: [debitoren@labor-riegel.de](mailto:debitoren@labor-riegel.de)

Buchhaltung: Tel.: (0611) 73 73 -83 /-5240 Fax: (0611) 73 73 - 88

MVZ Dr.med.H.Riegel GmbH Postfach 1180\*65001 Wiesbaden

FRAU  
NASSERA ZOUGAGH  
C/O AKKAZENE  
BERLINER STR. 8  
65760 ESCHBORN

**RECHNUNG** Seite: 1 / 1

Original

| Rechnungsnummer                                | Datum      |
|------------------------------------------------|------------|
| PR 2003 8598                                   | 19.03.2020 |
| Bei Zahlungen und Schriftverkehr bitte angeben |            |

Behandelt wurde: FRAU ZOUGAGH, NASSERA  
geb. am 07.01.1959  
ID: 1397640

Auf Veranlassung von :  
Dr.med. S.Herle  
Fachärztin für Gynäkologie  
Schillerstrasse 26  
60313 Frankfurt

| Untersuchung                                      | Tarif | : GOÄ96 | Faktor | Ziffer | EUR           |
|---------------------------------------------------|-------|---------|--------|--------|---------------|
| Unsere Auftragsnummer : WA E081 2509 vom 17.02.20 |       |         |        |        |               |
| CRP <turbid.>                                     |       |         | 1.15   | 3741   | 13.41         |
| Tissue Polypeptide AG <CLA>                       |       |         | 0.00   | 3911H3 | 0.00          |
| CEA <CMIA>                                        |       |         | 0.00   | 3905H3 | 0.00          |
| CA 15-3 <CMIA>                                    |       |         | 0.00   | 3901H3 | 0.00          |
| CA 125 <CMIA>                                     |       |         | 0.00   | 3900H3 | 0.00          |
| 25-OH-Vitamin D <CMIA>                            |       |         | 1.15   | 4138   | 32.17         |
| Höchstwert für die mit H3                         |       |         |        |        |               |
| gekennzeichneten Untersuchungen                   |       |         | 1.15   | 3631H  | 93.84         |
| Porto / Befundübermittlung                        |       |         | 1.00   | EUR--> | 0.80          |
| Versandkosten gem. §10 Abs.3 GOÄ                  |       |         | 1.00   | EUR--> | 5.20          |
| Gesamtbetrag :                                    |       |         |        |        | EUR--> 145.42 |

# Medizinisches Versorgungszentrum Dr. med. Helge Riegel GmbH

Fachärzte für Laboratoriumsmedizin Mikrobiologie  
Virologie und Infektionsepidemiologie  
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Gynäkologie und Geburtshilfe  
Gynäkologische Endokrinologie und andrologische Beratung

Kreuzberger Ring 60  
D-65205 Wiesbaden  
Telefon (0611) 7373-0  
Fax (0611) 7373-79  
info@labor-riegel.de  
www.labor-riegel.de

Medizinisches Versorgungszentrum - Dr. med. Riegel GmbH - Kreuzberger Ring 60 - D-65205 Wiesbaden

H31T3

Frau

0908

Dr.med. S.Herle

Fachärztin für Gynäkologie

Schillerstrasse 26

60313 Frankfurt

ENDBEFUND

Seite: 1 / 1

Entnahmedatum: 17.02.2020 08:03

Probeneingang: 17.02.2020

Befunddatum : 18.02.2020

Krankenkasse : Privat

⇒ Analyse.

DAKKS  
Deutsche  
Akkreditierungsstelle  
D-ML-13165-01-00  
Akkreditiert nach DIN EN ISO 15189

ZOUGAGH, NASSERA

W

07.01.1959

WA E081 2509

09088251

Material: 1x Vollblut/

## Verfahren/Methode

## Ergebnis

## Dimension

## Referenzbereich/ Entscheidungsgrenze

CRP <turbid.>

<5

mg/l

negativ (<5)

Tissue Polypeptide AG <CLA>

60.0

U/l

<75

CEA <CMIA>

3.8

ng/ml

<5.0

CA 15-3 <CMIA>

9

U/ml

<31

CA 125 <CMIA>

10

U/ml

<35

25-OH-Vitamin D <CMIA>

↓ 22

ng/ml

30-100

Befund wurde ärztlich validiert durch Dr.med. H.Riegel.

Mit kollegialem Gruß

40 10387 00  
Dr. med. Simona Herle  
Fachärztin für Frauenheilkunde  
und Geburtshilfe  
Schillerstrasse 26  
60313 Frankfurt  
Tel. 069 282717

# Medizinisches Versorgungszentrum Dr. med. Helge Riegel GmbH

Fachärzte für Laboratoriumsmedizin Mikrobiologie  
Virologie und Infektionsepidemiologie  
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Gynäkologie und Geburtshilfe  
Gynäkologische Endokrinologie und andrologische Beratung

Kreuzberger Ring 60  
D-65205 Wiesbaden  
Telefon (0611) 7373-0  
Fax (0611) 7373-79  
info@labor-riegel.de  
www.labor-riegel.de

Medizinisches Versorgungszentrum · Dr. med. Riegel GmbH · Kreuzberger Ring 60 · D-65205 Wiesbaden

H31T3

Frau

0908

Dr.med. S.Herle

Fachärztin für Gynäkologie

Schillerstrasse 26

60313 Frankfurt

ENDBEFUND

Seite: 1 / 1

Entnahmedatum: 17.02.2020 08:03

Probeneingang: 17.02.2020

Befunddatum : 18.02.2020

Krankenkasse : Privat

⇒ Analyse.

DAKKS  
Deutsche  
Akkreditierungsstelle  
D-ML-13165-01-00  
Akkreditiert nach DIN EN ISO 15189

ZOUGAGH, NASSERA

W

07.01.1959

WA E081 2509

09088251

Material: 1x Vollblut/

| Verfahren/Methode           | Ergebnis | Dimension | Referenzbereich/<br>Entscheidungsgrenze |
|-----------------------------|----------|-----------|-----------------------------------------|
| CRP <turbid.>               | <5       | mg/l      | negativ (<5)                            |
| Tissue Polypeptide AG <CLA> | 60.0     | U/l       | <75                                     |
| CEA <CMIA>                  | 3.8      | ng/ml     | <5.0                                    |
| CA 15-3 <CMIA>              | 9        | U/ml      | <31                                     |
| CA 125 <CMIA>               | 10       | U/ml      | <35                                     |
| 25-OH-Vitamin D <CMIA>      | ↓ 22     | ng/ml     | 30-100                                  |

Befund wurde ärztlich validiert durch Dr.med. H.Riegel.  
Mit kollegialem Gruß

4010387 00  
Dr. med. Simona Herle  
Fachärztin für Frauenheilkunde  
und Geburtshilfe  
Schillerstrasse 26  
60313 Frankfurt  
Tel. 0611 7373-79

Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren.  
In der Originalverpackung aufbewahren,  
um den Inhalt vor Licht und Feuchtigkeit zu schützen.  
Nicht über 25 °C lagern. Zul.-Nr.: 3000309.00.00

**mibe** GmbH Arzneimittel  
Münchener Straße 15 · 06796 Brehna



PZN-04007393

# Dekristol® 20000 I.E.

Weichkapseln  
Colecalciferol (Vitamin D<sub>3</sub>)

**Vitamin-D-Präparat**

VITAMIN  
**D<sub>3</sub>**

50 Weichkapseln

PC: 04150040073932  
SN: 8347BA245F7A  
Ch.-B.: 190515  
verwendbar bis: 05/2022



**mibe**