

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Déclaration de Maladie : N° P19-0019188

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2279 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre : _____

Nom & Prénom : BEN MAKHLUF Rachid Date de naissance : 29/03/54

Adresse : 29 X AMELEXIS 2 NOKHIL (u) MARRAKECH

Tél. : 0661311629 Total des frais engagés : 260,36 € Bhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Pascal NOHRA

08-Gastro-Entérologie et Hépatologie
Centre Médical - le Carté Notre-Dame
10 rue André Chénier - 78000 Versailles
07/01/2019
01 30 81 60 00 331 0 08

Date de consultation : 12/08/2009

Nom et prénom du malade : BEN MAKHLUF Rachid Age : 65 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Douleur abdominale et diarrhée aigüe

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 : CASA

Le : 08/10/2019

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
12/8/19	Consultation		60 €	Docteur Pascal NOHRA
				08-Gastro-Entérologie et Hépatologie
				Centre Médical - le Carré Notre-Dame
				10 rue André Chénier - 78000 Versailles

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE DE LA GARE 130, Bd de la Gare 92700 COEUR DE BOIS Tel: 01 42 22 22 22 927001836 RCS 789 951	22/08/18	25,31 €
	19/08/18	5,39 €

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE 456 RUE GABRIEL PERI 92700 COLOMBES	13/08/95 29/08/95	13/08/95 29/08/95	65,48€ 104,22€

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important

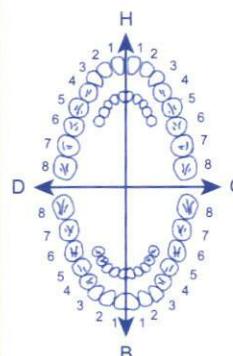
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)



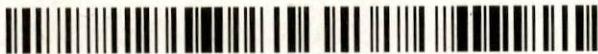
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Pascal Nohra

N° RPPS : 10100301349

N° RPPS



10100301349

N° AM

781170816

Centre Médical

Le Carré Notre Dame

10 rue André Chénier

78000 Versailles

Tel : 01 81 80 43 72

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif et du Foie
Membre de la Société Nationale Française de Gastro-Entérologie
Membre de la Société Française d'Endoscopie Digestive
GASTROENTEROLOGIE - HEPATOLOGIE
ENDOSCOPIES - PROCTOLOGIE

Le 12/08/2019

Monsieur Benmakhlof Rachid

Né le 29/03/1954

METEOSPASMYL, capsule molle

2 capsule molles par voie orale le matin, le midi et le soir avant le repas, pendant 1 mois, une cure si douleur ou ballonnement, à renouveler si besoin

TRIMEBUTINE MALEATE 200 mg cp (TRIMEBUTINE BIOGARAN)

1 comprimé par voie orale le matin, le midi et le soir après le repas, pendant 1 mois à renouveler si douleur

PROBIOLOG FORT gél

1 gélule par voie orale 1 fois par jour pendant le repas, pendant 1 mois

(dianhè)

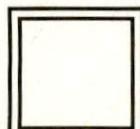
OMEPRAZOLE 20 mg gél (ugle gastrorésis) (OMEPRAZOLE BIOGARAN)

1 gélule par voie orale le matin avant le repas, pendant 1 mois

(PANTO.)

Docteur Pascal NOHRA

Membre d'une association agréée par l'administration fiscale.



000 reg.0 FACTURE N°.190126458

12/08/2019, ord. 12/08/2019,

BENMAKHLOUF RACHID

Total: 25,31EUR

2x5,95EUR 2 34009 3963176 9 TRIMEBUTINE PFZ 200MG CPR BT30

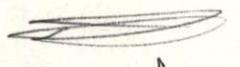
1x12,90EUR 0 3760001040678 PROBIOLOG FORT GELU BT30

1x0,51EUR *Honoraire de dispensation remboursables

PHARMACIE DES 4 CHEMINS

TEL : 01.42.42.22.71

922018361 UP : 16


monopage

Docteur Pascal Nohra

N° RPPS : 10100301349

N° RPPS



10100301349

N° AM

781170816

Centre Médical

Le Carré Notre Dame

10 rue André Chénier

78000 Versailles

Tel : 01 81 80 43 72

nohrapascal@gmail.com

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif et du Foie
Membre de la Société Nationale Française de Gastro-Entérologie
Membre de la Société Française d'Endoscopie Digestive
GASTROENTEROLOGIE - HEPATOLOGIE
ENDOSCOPIES - PROCTOLOGIE

Le 12/08/2019

Monsieur Benmakhlof Rachid

Né le 29/03/1954

- A effectuer en Laboratoire d'Analyses Médicales

NFS, Plaquettes

CRP

Ferritine , Coefficient de saturation

Tsh us

ASAT ALAT GGT

Glycémie à jeun

HBA1c

Créatinine, Urée

Ionogramme

EXAMEN DES SELLES dans 3 jours

Coproculture

Recherche de toxine Clostridium difficile

si de anche.

3
nohrapascal@gmail.com

Docteur Pascal NOHRA

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE
456 RUE GABRIEL PERIN
92700 COLOMBES
Tél : 01 42 42 27 51 - Fax : 01 42 42 2567

TRIMÉBUTINE PFIZER

200 mg

Pfizer

Maladie de trimébutine

30 comprimés
pelliculés

MEBUTINE trimé pelliculé te de trimébutine

UTILISATEUR

La notice avant de prendre
et des informations

avez besoin de la relire.
interrogez votre médecin ou
onnellement prescrit. Ne le
s. Il pourrait leur être nocif,
die sont identiques aux vôtres.
effet indésirable, parlez-en
ien. Ceci s'applique aussi à
t pas mentionné dans cette

ZER 200 mg, comprimé
tilisé ?
naître avant de prendre
comprimé pelliculé ?
PFIZER 200 mg, comprimé

eventuels ?
PFIZER 200 mg,
informations.

PFIZER 200 mg, comprimé
EST-IL UTILISÉ ?
PASMODIQUE
05.
dans les douleurs

LOT: 2175



EXP.: 09 2021

La présentation à 200 mg doit être réservée à l'adulte aux cas exceptionnels où la posologie de 600 mg par jour est utile.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE TRIMEBUTINE PFIZER 200 mg, comprimé pelliculé ?

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sures, contactez-le avant de prendre ce médicament.

Ne prenez jamais TRIMEBUTINE PFIZER 200 mg, comprimé pelliculé :

- si vous êtes allergique à la trimébutine ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6.

28

20 mg
BIOGARAN®
OMEPRAZOLE

VOIE ORALE	MATIN	MIDI	SOIR	DURÉE	REPAS



20 mg
BIOGARAN®
OMEPRAZOLE

OMEPRAZOLE
BIOGARAN® 20 mg

PC 0340093628624

SN 603128076646

Lot 191027

Exp. 03-2022



g,

Pfizer

un cas être

ANDER
CIEN.

es patients
lactase de
ou du galactose

de prendre

00 mg,

avez
ment, y

que sur
vous êtes
cin car lui seul

vous allaitez.
nsez être
ell à votre
ement.

culé contient

200 mg,

exactement
rifiez auprès de

3 fois par jour.

PFIZER

o faible, consultez

jeu.

doit être de courte



La présentation à 200 mg doit être réservée à l'adulte aux cas exceptionnels où la posologie de 600 mg par jour est utile.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAIRE AVANT DE PRENDRE TRIMEBUTINE PFIZER 200 mg, comprimé pelliculé ?

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucrels, contactez-le avant de prendre ce médicament.

Ne prenez jamais TRIMEBUTINE PFIZER 200 mg, comprimé pelliculé :

- si vous êtes allergique à la trimébutine ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6.

MEBUTINE PFIZER 200 mg,

'imé pelliculé
te de trimébutine

ISATEUR

e notice avant de prendre t des informations

riez avoir besoin de la relire.
s, interrogez votre médecin ou

sonnellement prescrit. Ne le
es. Il pourrait leur être nocif,
adie sont identiques aux vôtres.
ue effet indésirable, parlez-en
nacien. Ceci s'applique aussi à
ait pas mentionné dans cette

FIZER 200 mg, comprimé
utilisé ?

connaître avant de prendre
, comprimé pelliculé ?
NE PFIZER 200 mg, comprimé

s éventuels ?

NE PFIZER 200 mg,

s informations.

E PFIZER 200 mg, comprimé
S EST-IL UTILISÉ ?

SPASMODIQUE

AA05.

uite dans les douleurs

éventuels ?

NE PFIZER 200 mg,

s informations.

E PFIZER 200 mg, comprimé

EST-IL UTILISÉ ?

SPASMODIQUE

AA05.

uite dans les douleurs

éventuels ?

NE PFIZER 200 mg,

s informations.

E PFIZER 200 mg, comprimé

EST-IL UTILISÉ ?

SPASMODIQUE

AA05.

uite dans les douleurs

éventuels ?

NE PFIZER 200 mg,

s informations.

E PFIZER 200 mg, comprimé

EST-IL UTILISÉ ?

SPASMODIQUE

AA05.

uite dans les douleurs

éventuels ?

NE PFIZER 200 mg,

s informations.

E PFIZER 200 mg, comprimé

EST-IL UTILISÉ ?

SPASMODIQUE

AA05.

uite dans les douleurs

éventuels ?

NE PFIZER 200 mg,

s informations.

E PFIZER 200 mg, comprimé

EST-IL UTILISÉ ?

SPASMODIQUE

AA05.

uite dans les douleurs

éventuels ?

NE PFIZER 200 mg,

s informations.

E PFIZER 200 mg, comprimé

EST-IL UTILISÉ ?

SPASMODIQUE

AA05.

uite dans les douleurs

éventuels ?

NE PFIZER 200 mg,

s informations.

E PFIZER 200 mg, comprimé

EST-IL UTILISÉ ?

SPASMODIQUE

AA05.

uite dans les douleurs

éventuels ?

NE PFIZER 200 mg,

s informations.

E PFIZER 200 mg, comprimé

EST-IL UTILISÉ ?

SPASMODIQUE

AA05.

uite dans les douleurs

éventuels ?

NE PFIZER 200 mg,

s informations.

E PFIZER 200 mg, comprimé

EST-IL UTILISÉ ?

SPASMODIQUE

AA05.

uite dans les douleurs

éventuels ?

NE PFIZER 200 mg,

s informations.

E PFIZER 200 mg, comprimé

EST-IL UTILISÉ ?

SPASMODIQUE

AA05.

uite dans les douleurs

éventuels ?

NE PFIZER 200 mg,

s informations.

E PFIZER 200 mg, comprimé

EST-IL UTILISÉ ?

SPASMODIQUE

AA05.

uite dans les douleurs

éventuels ?

NE PFIZER 200 mg,

s informations.

E PFIZER 200 mg, comprimé

EST-IL UTILISÉ ?

SPASMODIQUE

AA05.

uite dans les douleurs

éventuels ?

NE PFIZER 200 mg,

s informations.

E PFIZER 200 mg, comprimé

EST-IL UTILISÉ ?

SPASMODIQUE

AA05.

uite dans les douleurs

éventuels ?

NE PFIZER 200 mg,

s informations.

E PFIZER 200 mg, comprimé

EST-IL UTILISÉ ?

SPASMODIQUE

AA05.

uite dans les douleurs

éventuels ?

NE PFIZER 200 mg,

s informations.

E PFIZER 200 mg, comprimé

EST-IL UTILISÉ ?

SPASMODIQUE

AA05.

uite dans les douleurs

éventuels ?

NE PFIZER 200 mg,

s informations.

Pfizer

Ce médicament est destiné à l'adulte ; il ne doit en aucun cas être administré à un enfant de moins de 2 ans.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Avertissements et précautions

L'utilisation de ce médicament est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au galactose, un déficit en lactase de Lapp ou un syndrome de malabsorption du glucose ou du galactose (maladies héréditaires rares).

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre TRIMEBUTINE PFIZER 200 mg, comprimé pelliculé.

Autres médicaments et TRIMEBUTINE PFIZER 200 mg, comprimé pelliculé

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou pourriez prendre tout autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance.

Grossesse et allaitement

Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse que sur les conseils de votre médecin. Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de le poursuivre.

Il est préférable de ne pas prendre ce médicament si vous allaitez.

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous pensez être enceinte ou planifiez une grossesse, demandez conseil à votre médecin ou pharmacien avant de prendre ce médicament.

TRIMEBUTINE PFIZER 200 mg, comprimé pelliculé contient du lactose.

3. COMMENT PRENDRE TRIMEBUTINE PFIZER 200 mg, comprimé pelliculé ?

Veillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les indications de votre médecin ou pharmacien. Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.

Posologie

La posologie est de un comprimé dosé à 200 mg 3 fois par jour. Si vous avez l'impression que l'effet de TRIMEBUTINE PFIZER 200 mg, comprimé pelliculé est trop fort ou trop faible, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

Mode d'administration

Voie orale.

Les comprimés doivent être avalés avec un verre d'eau.

Durée de traitement

Le traitement par TRIMEBUTINE PFIZER 200 mg doit être de courte durée.

Probiolog® FORT

Complément alimentaire

Comment utiliser Probiolog® FORT ?

1 gélule par jour chez l'adulte, à avaler avec un verre d'eau au moment des repas.

Il est possible d'ouvrir la gélule pour incorporer la poudre dans l'alimentation.

L'utilisation de Probiolog® FORT est déconseillée chez les femmes enceintes et à éviter au cours de l'allaitement. Il est conseillé de ne pas dépasser les doses journalières indiquées.

A conserver à température ambiante (20 à 25°).

Composition

Probiolog® FORT est une association de 2 souches bactériennes :

- *Lactobacillus acidophilus*
- *Bifidobacterium lactis*

Probiolog® FORT se présente sous forme de gélules contenant chacune 2 milliards de bactéries vivantes.

Probiolog® FORT est un complément alimentaire, qui ne dispense pas d'une alimentation variée et équilibrée.

CONSERVER HORS DE LA PORTÉE DES ENFANTS.



Laboratoires MAYOLY SPINDLER
6, avenue de l'Europe - B.P. 51
78401 CHATOU CEDEX - France

Informations consommateurs : +33(0)1 34 80 72 60

718050

Lactobacillus acidophilus
Bifidobacterium lactis

FORT

Probiolog® FORT

Bifidobacterium lactis
Lactobacillus acidophilus

 MAYOLY SPINDLER

Poids net : 6,9 g

30 GÉLULES
Complément alimentaire

Quelles sont les propriétés de Probiolog® FORT ?

Probiolog® FORT est une association de 2 souches bactériennes, *Lactobacillus acidophilus* et *Bifidobacterium lactis*, bactéries naturellement présentes dans la flore intestinale.

L'ingestion régulière de Probiolog® FORT est bien tolérée et ne présente pas de risque particulier.

La composition originale de Probiolog® FORT résulte d'un procédé unique de fabrication qui assure la survie des bactéries lors de leur passage dans l'estomac, même après digestion de l'enveloppe de la gélule par les sucs acides de l'estomac.

Ainsi, les bactéries contenues dans les gélules de Probiolog® FORT sont délivrées vivantes dans l'intestin grêle et le côlon, là où elles peuvent agir. Ce procédé de fabrication particulier mis au point pour Probiolog® FORT et l'utilisation d'un flacon aluminium muni d'un bouchon spécialement adapté pour limiter les échanges gazeux avec l'extérieur, garantissent une conservation optimale à température ambiante.

Réédition

DR NOHRA Pascal

La Carré Notre Dame
 10, Rue André Chénier
 78000 VERSAILLES

Enregistré le 13/08/19 à 10H04

Prélevé le 13/08/19

Demande n° 13/08/19-B-0034-

Date de naissance : 29/03/1954 (65 Ans) (M)

Hors tiers payant - ACCUE

Imprimé le mercredi 14 août 2019 à 11:16

Le laboratoire est accrédité pour les examens précédés du signe *. Accréditation n°8-2552. Liste des sites et portée disponibles sur www.cofrac.fr

HÉMATOLOGIE

Valeurs de référence

Antériorités

✓ ***Numération**

Impédance et cytométrie de flux_XN_Sysmex Sang total EDTA (i)

Leucocytes	11 590 /µL	4 000 à 10 000
Hématies	5 040 000 /µL	4 500 000 à 5 900 000
Hémoglobine	14,6 g/dL	13,0 à 17,0
Hématocrite	42,4 %	41 à 53
V.G.M.	84,1 fL	82 à 98
T.C.M.H	29,0 pg/cell	27 à 33
C.C.M.H.....	34,4 g/dL	32 à 36
Indice de distribution des hématies	12,9 %	Inférieur à 19

✓ ***Formule**

Impédance et cytométrie de flux_XN_Sysmex /microscope (i)

Polynucléaires neutrophiles.....	60,6 % Soit:	7 024 /µL	1 800 à 7 700
Polynucléaires éosinophiles.....	4,8 % Soit:	556 /µL	40 à 400
Polynucléaires basophiles	0,4 % Soit:	46 /µL	20 à 80
Lymphocytes	28,4 % Soit:	3 292 /µL	1 000 à 4 000
Monocytes	5,8 % Soit:	672 /µL	230 à 840

✓ ***Plaquettes**

Impédance et cytométrie de flux_XN_Sysmex sang total EDTA (i)

345 000 /µL

150 000 à 440 000

BIOCHIMIE

Valeurs de référence

Antériorités

12/12/15

Limpide

Aspect du plasma

Limpide

✓ ***Glycémie**

Enzymologie Hexokinase Cobas 8000 Roche Plasma Hépariné (i)

0,97 g/L
 5,38 mmol/L

0,74 à 1,09

<0.92 g/L lors de grossesse

✓ ***Urée**

Enzymologie cinétique Cobas 8000 Roche Plasma Hépariné (i)

0,29 g/L
 4,81 mmol/L

0,17 à 0,49

2,76 à 8,07

Validé le 13/08/19 par Moulham ELDIRINI



Page 1/3

le 29/03/1954 (M)
 Réédition

Le mercredi 14 août 2019 à 11:16

✓ *Créatinine 87 µmol/L 59 à 104
 créatinine enzymatique Cobas 8000 (standardisé IDMS) Plasma Hépariné (i) 9,8 mg/L 6,7 à 11,7

CKD EPI 80 mL/min/1.73m²
 Estimation du débit de filtration glomérulaire, en utilisant le dosage de la créatinine (standardisé ID-MS)
 CKD EPI corrigé (si afro américain) 93 mL/min/1.73m²

Classification des stades d'évolution de la maladie rénale chronique (HAS juillet 2012)

Stade	DFG (mL/min/1,73 m ²)	Définition
1	≥ 90	Patient normal ou Maladie rénale chronique* avec DFG normal ou augmenté
2	Entre 60 et 89	Maladie rénale chronique* avec DFG légèrement diminué
3	Entre 30 et 59	Insuffisance rénale chronique modérée
4	Entre 15 et 29	Insuffisance rénale chronique sévère
5	< 15	Insuffisance rénale chronique terminale

*Avec marqueurs d'atteinte rénale : albuminurie, hématurie, leucocyturie, ou anomalies morphologiques ou histologiques, ou marqueurs de dysfonction tubulaire, persistant plus de 3 mois (et à deux ou trois examens consécutifs).

✓ Ionogramme sanguin

*Sodium 138 mmol/L 136 à 145
 ISE Roche Cobas 8000 Plasma Hépariné (i)

*Potassium 3,62 mmol/L 3,4 à 4,5
 ISE Roche Cobas 8000 Plasma Hépariné (i)

*Chlore 98 mmol/L 98 à 107
 ISE Roche Cobas 8000 Plasma Hépariné (i)

✓ *Fer 63 µg/dL 33 à 193
 Colorimétrie Cobas 8000 Roche Plasma Hépariné (i)
 11,3 µmol/L 5,90 à 34,5

✓ *Transferrine 1,65 g/L 2,00 à 3,60
 Coefficient de saturation 27,3 % 25,0 à 40,0

✓ *Ferritine 194 ng/mL 30 à 400
 Immunoturbidimétrie Cobas 8000 Roche Plasma Hépariné (i)
 A partir du 13 juillet 2017, en cas de suspicion de carence martiale, le dosage de la ferritine remplace le dosage du fer et/ou du couple fer + ferritine (décision UNICAM du 24 mai 2017)

✓ *Transaminases ASAT (S.G.O.T) 14 U/L Inférieur à 40
 IFCC sans activation par le phosphate de pyridoxal Cobas 8000 Roche Plasma Hépariné (i)

✓ *Transaminases ALAT (S.G.P.T) 12 U/L Inférieur à 41
 IFCC sans activation par le phosphate de pyridoxal Cobas 8000 Roche Plasma Hépariné (i)

✓ *Gamma-glutamyl transférase 21 U/L 8 à 61
 Colorimétrie enzymatique Cobas 8000 Roche Plasma Hépariné (i)

✓ *Protéine C réactive 6,0 mg/L Inférieur à 5,0
 Immunoturbidimétrie Cobas 8000 Roche Plasma Hépariné (i)

Validé le 13/08/19 par Moulham ELDIRINI



Page 2/3

Demande n° **13/08/19-B-0034** du 13/08/19
 Du DR NOHRA Pascal

le 29/03/1954 (M)
 Réédition

MR **BENMAKHOUF** Rachid

Le mercredi 14 août 2019 à 11:16

HORMONOLOGIE ⁽¹⁾

Valeurs de référence

Antériorités

Exploration de la thyroïde

- ✓ *T.S.H. Ultra-sensible 0,99 mUI/L 0,27 à 4,20
 ECLIA Cobas 8000 Roche (i) Plasma Hépariné

MARQUEURS – VITAMINES ⁽¹⁾

Valeurs de référence

Antériorités

- ✓ Antigène Prostatique Spécifique (PSA)

*PSA Total 4,91 ng/mL Inférieur à 5,40
 ECLIA Cobas 8000 Plasma Hépariné (i)

EXAMENS TRANSMIS

Examens réalisés au laboratoire PTA la Plaine, 70 Bd A. France 93200 ST-DENIS dans le cadre d'un contrat de coopération.
 Valeurs de référence

Antériorités

Biochimie sanguine

- ✓ Hémoglobine A1c (Glyquée) 6,0 %
 42 mmol/mol

HPLC, G11 - TOSOH (Sang total) - MÉTHODE CERTIFIÉE PAR LES SOCIÉTÉS INTERNATIONALES DE STANDARDISATION (IFCC Standardization)
 Changement de technique à compter du 19/07/2018.

Diagnostic du diabète:

Valeurs d'HbA1C	Catégorie
> ou = 6.5%	Seuil de diagnostic du diabète
5.7 - 6.4%	Prédiabète (catégories présentant un risque accru de diabète)

Diagnostic et classification du diabète : American Diabetes Association, 2010 et utilisation de l'HbA1c dans le diagnostic du diabète : OMS, 2011

Suivi du diabète:

Valeur cible pour le cas général : 7%.

A moduler selon les particularités du patient: Cf Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2 HAS 2013 (www.has-sante.fr).

Validé le 13/08/19
 Moulham ELDIRINI



Validé le 13/08/19 par Moulham ELDIRINI



Dr François ROLAND

Médecin Biogiste

(B)

Edition finale

DR NOHRA Pascal

La Carré Notre Dame
10, Rue André Chénier
78000 VERSAILLES

Enregistré le 19/08/19 à 11H59

Prélevé le 19/08/19

Demande n° 19/08/19-B-0065-

Date de naissance : 29/03/1954 (65 Ans) (M)

Hors tiers payant - ACCUE

Monsieur BENMAKHOUF RACHID

135 RUE DU PDT S ALLENDE
APPT 21
92700 COLOMBES

Enregistré le 19/08/19

Imprimé le vendredi 23 août 2019 à 14:19

MICROBIOLOGIE (i)

Valeurs de référence

Antériorités

EXAMEN MICROBIOLOGIQUE DES SELLES

(Examen direct)

Recueil du 19/08/19 à 09H30

Prélèvement transmis au laboratoire

Renseignements :

Voyage récent :

Voyage récent :

Consommation récente de poissons crus ou crustacés

Diarrhées Douleurs abdominales

x Examen macroscopique

Aspect :Moulées

Absence de parasite à l'examen macroscopique

x Etat frais

Absence de leucocytes

Absence d'hématies

Validé le 23/08/19 par François ROLAND



Page 1/2

x Recherche de bactéries pathogènes par PCR

GI-Bacteria(I) Assay, Allplex Seegene: test d'amplification génique par PCR en temps réel

✓ <i>Shigella spp / E.coli enteroinvasif</i>	Recherche négative
✓ <i>Salmonella spp</i>	Recherche négative
✓ <i>Campylobacter jejuni et coli</i>	Recherche négative
✓ <i>Yersinia enterocolitica</i>	Recherche négative
✓ <i>Aeromonas caviae, hydrophila et veronii</i>	Recherche négative
✓ <i>Vibrio cholerae, parahaemolyticus et vulnificus</i>	Recherche négative
✓ <i>Toxine B de Clostridium difficile</i>	Recherche négative

x Recherche de germes pathogènes par cultures

Milieux : Hektoen, CIN, CAM, SM12 (Biomérieux); bouillon sélénite (Copan)

Flore saprophyte sans prédominance

x Conclusion/ Antibiogramme

Flore commensale

Recherche d'infection à *Clostridium difficile*(ICD) dans les selles

PCR en temps réel (genXpert Séquences ciblés: Toxine B,Toxine binaire, delcdCnt117)

Recherche PCR Toxine B	Recherche négative
Recherche PCR Toxine binaire	Recherche négative
Recherche PCR sérotype 027	Recherche négative

Conclusion :
Absence de C. difficile toxinogène.

Validé le 23/08/19
Francois ROLAND

f. R.

Validé le 23/08/19 par Francois ROLAND

f. R.

Page 2/2

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE

BIO PARIS OUEST

02-COLOMBES (Roland)
 456 rue Gabriel Péri
 92700 COLOMBES
 Tel: 0142422751 Fax: 0142423694
 N°FINESS : 92 3 80019 7

Réf : 19/08/19-B-0065
 DN:29/03/54
 ACCUE

MR BENMAKHOUF RACHID
 135 RUE DU PDT S ALLENDE
 APPT 21
 92700 COLOMBES

Vendredi 23 Août 2019

NOTE D'HONORAIRES

Veuillez trouver ci-joint le détail de nos honoraires concernant vos analyses prescrites par DR NOHRA Pascal, effectuées le 19/08/19.

En cas de règlement, merci de joindre ce relevé d'honoraires à votre paiement ou de rappeler le numéro de référence.

Avec nos remerciements, nous vous prions d'agréer l'expression de nos sentiments dévoués.

Détail de nos Honoraires

Prélèvement	:
Déplacement	:
Examens	: 104.22
Examens transmis	:
Depassement	:
Examens non remboursés	:
TOTAL DOSSIER	: 104.22
Réglé par un tiers (AMO) :	
Montant à payer	: 104.22
Déjà réglé	: 104.22
A REGLER au laboratoire: 0.00	

MR BENMAKHOUF RACHID

Ref : 19/08/19-B-0065 -

N°SS:

Il est possible de régler sur le site www.bioparisouest.com

feuille de soins
pharmacien ou fournisseur

numéro de facture (facultatif)

1 9 0 1 2 6 4 5 8

date 2 0 8 M 2 0 1 9 A A

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale
Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT les SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur)

nom et prénom

BENMAKHLOUF RACHID

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le pharmacien ou
le fournisseur)

date de naissance

J J M M A A A A

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

BENMAKHLOUF RACHID

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

A

ADRESSE de l'ASSURE(E)

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

BEN SOUSSAN PATRICK

PHARMACIE DES 4 CHEMINS

130, Bd Charles de Gaulle
92700 COLOMBESTEL : 01.42.42.22.71
N° ident 922018361

DP : 16

RPPS 1000031400

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

identifiant

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom NOHRA PASCAL

raison sociale

identifiant 1 0 1 0 0 3 0 1 3 4

n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET)

9 5 1 8 6 5 0 8 8

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale 1 2 0 8 M 2 0 1 9 A A date de l'accord préalable (le cas échéant)

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1
(cf. la notice au verso : § précédé de ***
et les recommandations importantes)

MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non

oui

date

J J M M A A A A

ou

date

J J M M A A A A

AT/MP

numéro

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée

CIP/NOM	NumOrd	Acte/Qte/Prix	Taux	Remise	Montant	QTE: 4	V: 3	en EUR
3400939631769	TRIMEBUTINE P	PH2 2x4,93	0%		9,86			
HONORAIRE DE DISPENSATION		HD2 2x1,02	0%		2,04			
3760001040678	PROBIOLOG FOR	PHN NR 1x12,90	NR		12,90			
HONORAIRE DE MEDICAM. REMB.		HDR 1x0,51	0%		0,51			

imprimer les codes à barres

ou coller les étiquettes de la liste

des produits et prestations

dans l'ordre de la prescription

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros

2 5, 3 1

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du pharmacien
ou du fournisseur

PHARMACIE DES 4 CHEMINS

signature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale).

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle.

En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

quelques conseils pour remplir votre feuille de soins

Le bon remplissage de votre feuille de soins est la garantie de votre remboursement par l'assurance maladie.

La première information à donner concerne **la personne recevant les soins et l'assuré(e)** :

Si vous ne payez pas votre pharmacien ou votre fournisseur, celui-ci remplira l'ensemble de cette rubrique, sur présentation de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne.

Si vous payez votre pharmacien ou votre fournisseur, celui-ci indiquera uniquement vos nom et prénom, dans la zone prévue, selon vos indications ou au vu des informations portées dans votre carte Vitale ou sur l'attestation papier qui l'accompagne.

Les autres zones seront remplies par vous même (*le code de l'organisme de rattachement n'est pas à préciser*).

- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous êtes **assuré(e) social(e)**, inscrivez seulement :
 - votre **numéro d'immatriculation** (en vous aidant de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne).
- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous n'êtes pas **assuré(e) social(e)**, indiquez :
 - votre **numéro d'immatriculation**,
 - ou** (si celui-ci ne vous a pas été communiqué),
 - votre **date de naissance**,
 - le **nom et le prénom de l'assuré(e) auquel (à laquelle) vous êtes rattaché(e)** et son **numéro d'immatriculation**,
- complétez enfin cette rubrique en indiquant **l'adresse de l'assuré(e)**.

Toutes les autres rubriques de la feuille de soins sont à compléter par votre pharmacien ou votre fournisseur, y compris le numéro de facture qui est une zone facultative destinée à son usage.

- * • Si vos soins sont dispensés au titre de l'article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, il doit le préciser dans la case prévue à cet effet.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident causé par un tiers, précisez-le lui ainsi que la date de cet accident. Ces renseignements doivent **obligatoirement** figurer sur la feuille de soins car ils permettent à l'assurance maladie de récupérer les frais relatifs à l'accident auprès de l'assureur concerné.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident du travail, dont vous avez été victime, ou avec une maladie professionnelle, présentez-lui la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle qui vous a été remise par votre employeur ou par votre organisme d'assurance maladie.

Recommandations importantes :

Le double de votre prescription médicale doit être joint à l'envoi de votre feuille de soins (sauf en cas de renouvellement, ou s'il a été joint à la demande d'accord préalable).

Prévenez votre organisme d'assurance maladie en **cas de changement intervenant dans votre situation**, par exemple :

- **changement de compte** bancaire, postal ou de caisse d'épargne : adressez-lui le relevé d'identité correspondant.
- **changement d'organisme** d'assurance maladie : prenez contact avec votre nouvel organisme d'assurance maladie pour le transfert de votre dossier afin de ne pas retarder le remboursement de vos soins et prestations, **n'oubliez pas également d'indiquer votre nouvelle adresse sur la feuille de soins**.

* **Si le pharmacien ou le fournisseur a coché la case "SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1", la feuille de soins doit être adressée à l'organisme gestionnaire mentionné sur votre attestation de pensionné(e).**

N'oubliez pas de signer votre feuille de soins.