

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

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 MAKHLOUF Rachid Date de naissance : 28/03/54
Adresse : 29 XANERIS 2 NAKHIL JUD MARRAKESH
Tél : 0661311629 Total des frais engagés : 260,36 € Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Pascal NOHRA

Cachet du médecin :

08-Gastro-Entérologie et Hépatologie
Centre Médical - le Carré Notre-Dame
10 rue André Chemier - 78000 Versailles
07 06 17 00 31 0 08

Date de consultation : 12/08/2019

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

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

Nature de la maladie : Douleur abdominale et diarrhée aqueuse

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 : CASABANCA Le : 08/10/2019

Signature de l'adhérent(e) :

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

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
12/8/19	Consultation		6.0 €	Docteur Pascal NOHRA 08-Gastro-Entérologie et Hépatologie Centre Médical - Le Carré Notre-Dame 10 rue André Chesnier - 78000 Versailles 78 1 17 08 16 00 3 31 0 08
22				

Docteur Pascal NOHRA
08-Gastro-Entérologie et Hépatologie
Centre Médical - Le Carré Notre-Dame
10 rue André Chesnel - 78000 Versailles
78 1 17081600 3 31 0 08

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/08/19	25,31 €
	19/08/19	5,39 €

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date	Montant de la Facture
12/08/19	25,31 €
19/08/19	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 Tél : 01 42 42 27 51 - Fax : 01 42 42 36 94	13/08/19		65,48€
	29/08/19		104,22€

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
13/08/19		65,48€
29/08/19		104,22€

[illegible]

Cachet et signature
du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

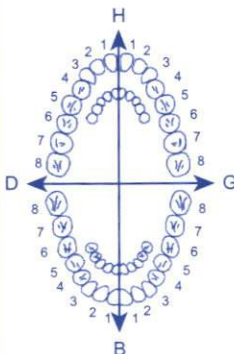
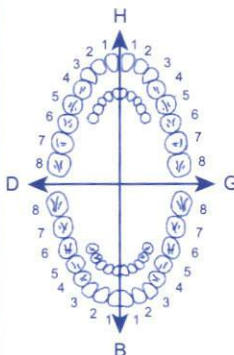
Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
					MONTANTS DES SOINS													
					DEBUT D'EXECUTION													
					FIN D'EXECUTION													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<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		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS														
					DATE DU DEVIS													
				DATE DE L'EXECUTION														

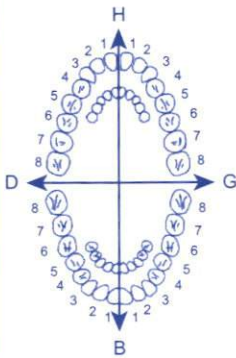
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

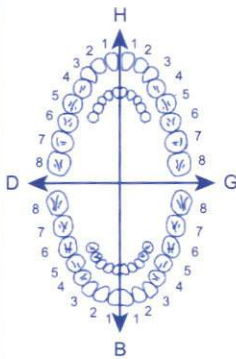
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 de

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION	

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D ————— G</div> <div>00000000 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>B</div>		
	<div>[Création, remont, adjonction]</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>		
			COEFFICIENT DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
		DATE DU DEVIS	
		DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTIO

Docteur Pascal Nohra

N° RPPS : 10100301349

N° RPPS

N° AM



10100301349

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 Benmakhlouf 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

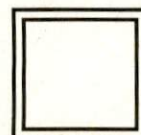
(diarrhée).

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

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

(PANTO.)

Docteur Pascal NOHRA



000 reg.0 FACTURE No.190126458

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

BENMAKHOUL 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 OP : 16


Rachid Benmakhouf

Docteur Pascal Nohra

N° RPPS : 10100301349

N° RPPS

N° AM



10100301349

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 Benmakhlouf 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 besoin

Don fait

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE
456 RUE GABRIEL PERI
92700 COLOMBES
Tél : 01 42 42 27 51 - Fax : 01 42 42 38 00

Docteur Pascal NOHRA

TRIMÉBUTINE PFIZER 200 mg

Malade de trimébutine

30 comprimés
pelliculés



MEBUTINE imé pelliculé de trimébutine

LISATEUR

notice avant de prendre
des informations

avez besoin de la relire.
interrogez votre médecin ou

onnellement prescrit. Ne le
es. Il pourrait leur être nocif,
die sont identiques aux vôtres.
e effet indésirable, parlez-en
icien. Ceci s'applique aussi à
pas mentionné dans cette

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

ventuels ?
E PFIZER 200 mg,

nformations.
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 À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE TRIMEBUTINE PFIZER 200 mg, comprimé pelliculé ?

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, 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.

Ce
adm
EN
L'AI
Av
L'u
pré
La

28
CELLULES
CASTRO-RÉSISTANTES
(Microgranules)
gastro-résistants)

OMÉPRAZOLE
BIOGARAN® 20 mg

REPAS	DURÉE	SOIR	MIDI	MATIN

VOIE ORALE

28
CELLULES
CASTRO-RÉSISTANTES
(Microgranules)
gastro-résistants)

OMÉPRAZOLE
BIOGARAN® 20 mg

OMÉPRAZOLE
BIOGARAN® 20 mg

PC 03400936286214
SN 603128076646
Lot 191027
Exp. 03-2022



un cas être

ANDER
CIEN.

es patients
lactase de
du galactose

de prendre

00 mg,

avez
ment, y

que sur
vous êtes
cin car lui seul

vous allaitez.

nsez être
eill à votre
ament.

culé contient

R 200 mg,

t exactement
rifiez auprès de

3 fois par jour.

TINE PFIZER

p faible, consultez

eau.

doit être de courte



TRIMEBUTINE
PFIZER

200 mg

Maléate de trimébutine

30 comprimés
pelliculés

Pfizer



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 sucres, 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.

TRIMEBUTINE PFIZER 200 mg, comprimé pelliculé à base de trimébutine

Pfizer

UTILISATEUR

À lire avant de prendre ce médicament

Vous n'avez pas besoin de la lire, mais, interrogez votre médecin ou

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

Il est indispensable de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

Avant de prendre ce médicament, vous devez savoir si vous avez une intolérance au lactose.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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

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.

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



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

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

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.

Lactobacillus acidophilus
Bifidobacterium lactis

Probiolog[®] 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

Monsieur BENMAKHLOUF RACHID

135 RUE DU PDT S ALLENDE
APPT 21
92700 COLOMBES
Enregistré le 13/08/19

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

✓ *Numération

Impédance et cytométrie de flux_XN_Sysmex Sang total EDTA (i)

Leucocytes	11 590 / μ L	4 000 à 10 000
Hématies	5 040 000 / μ L	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 / μ L	1 800 à 7 700
Polynucléaires éosinophiles.....4,8 % Soit:	556 / μ L	40 à 400
Polynucléaires basophiles0,4 % Soit:	46 / μ L	20 à 80
Lymphocytes28,4 % Soit:	3 292 / μ L	1 000 à 4 000
Monocytes5,8 % Soit:	672 / μ L	230 à 840

✓ *Plaquettes

Impédance et cytométrie de flux_XN_Sysmex sang total EDTA (i)

345 000 / μ L 150 000 à 440 000

BIOCHIMIE

Aspect du plasma

Limpide

Valeurs de référence

Antériorités

12/12/15

Limpide

✓ *Glycémie

Enzymologie Hexokinase Cobas 8000 Roche Plasma Hépariné (i)

0,97 g/L 0,74 à 1,09
5,38 mmol/L <0.92 g/L lors de grossesse

✓ *Urée

Enzymologie cinétique Cobas 8000 Roche Plasma Hépariné (i)

0,29 g/L 0,17 à 0,49
4,81 mmol/L 2.76 à 8.07

Validé le 13/08/19 par Moulham ELDIRINI



✓ *Créatinine	87 $\mu\text{mol/L}$	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/1.73m ²	
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/1.73m ²	

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 $\mu\text{g/dL}$	33 à 193
Colorimétrie Cobas 8000 Roche Plasma Hépariné (i)	11,3 $\mu\text{mol/L}$	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 UNCAM 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

RGD



Bio Paris Ouest

www.bioparisouest.com

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE

Autorisations n° 92 - 11 • 92 - 122

456, rue Gabriel Péri • 92700 COLOMBES

☎ 01 42 42 27 51 📠 N° 01 42 42 36 94

Dr François ROLAND

Médecin Biologiste

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

MR **BENMAKHOLOU Rachid**

le 29/03/1954 (M)

Réédition

Le mercredi 14 août 2019 à 11:16

HORMONOLOGIE ⁽ⁱ⁾

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 ⁽ⁱ⁾

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) - METHODE CERTIFIEE PAR LES SOCIETES 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

Handwritten signature

Validé le 13/08/19 par Moulham ELDIRINI

Handwritten signature

SELAS BPO-BIOEPINE n° d'autorisation 92-122

(i) Site de la SELAS BPO-BIOEPINE, 79 rue Baudin 92300 Levallois Perret



Bio Paris Ouest

www.bioparisouest.com

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE

Autorisations n° 92 - 11 • 92 - 122

456, rue Gabriel Péri • 92700 COLOMBES

☎ 01 42 42 27 51 ☎ N° 01 42 42 36 94

Dr François ROLAND

Médecin Biologiste

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 BENMAKHLOUF RACHID

135 RUE DU PDT S ALLENDE

APPT 21

92700 COLOMBES

Enregistré le 19/08/19

(B)

Imprimé le vendredi 23 août 2019 à 14:19

MICROBIOLOGIE (i)

Valeurs de référence

Antécédents

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

F.R.

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 ciblées: Toxine B,Toxine binaire, deltdcdnt117)

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



Validé le 23/08/19 par Francois ROLAND



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



joindre la prescription
sauf si renouvellement

N° 11389*05

feuille de soins pharmacien ou fournisseur

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

numéro de facture (facultatif)
1 9 0 1 2 6 4 5 8
date 1 2 0 1 0 8 2 0 1 9 A A

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 **BENMAKHOUL RACHID**
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))
numéro d'immatriculation

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 **BENMAKHOUL 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)

ADRESSE de L'ASSURE(E)

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

BEN SOUSSAN PATRICK

RPPS 1000031400

PHARMACIE DES 4 CHEMINS
130, Bd Charles de Gaulle
92700 COLOMBES
TEL : 01.42.42.22.71
N° ident 922018361

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

OP : 16

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom
identifiant

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom **NOHRA PASCAL**
identifiant 1 0 1 0 0 3 0 1 3 4

raison sociale
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 1 0 8 2 0 1 9 A A date de l'accord préalable (le cas échéant) J J M M A A A A

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

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

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

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 PROBIOLG 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.