

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

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



N° = 20247

Déclaration de Maladie : N° P19-0004333

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 888 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : LAHRACH Badia Date de naissance : 06.06.48
Adresse : 14 Bd Med Abdou CASA
Tél. : 06 64 860 960 Total des frais engagés : 250 + 1678 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. CARIOU - BELQADIR
ENDOCRINOLOGUE
119, Bd. El Anassara
Marrakech CASABLANCA



Date de consultation : 02/01/2020
Nom et prénom du malade : LAHRACH Badia Age : 1948
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Thyroïde - Anxiété - Cancer nt D
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 02/02/2020 Le : 02/01/2020
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Dr. CARIOU - BELQADIR
ENDOCRINOLOGUE
119, Bd. El Anassara

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
02-01-2020	G	2	250,00	Dr. CARIQU - BELLAÏCHE ENDODONTOLOGUE 119, Bd El Anassir Maârif - CASABLANCA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

527,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

03-01-2020 B 1160

1678,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD

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

H

25533412

00000000

21433552

00000000

D

00000000

35533411

G

00000000

11433553

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGIE METABOLISME

Lauréate de La Faculté de PARIS

الدكتورة كاريو بلقاضي جوييل

إختصاصية في أمراض الغدد و التغذية

خريجة كلية الطب بباريس

PPU 49,60 DH
LOT: 19F18/B
EXP: 06/2022

M^r LAHRACH Bedia

Casablanca, le : 02/01/20



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

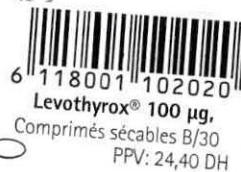
LEVOTHYROX 100 et 50

1 cp 100 + 1/2 cp 50 = 125

1 cp 100 + 1 cp 50 = 150

5 jours / 7

2 jours / 7



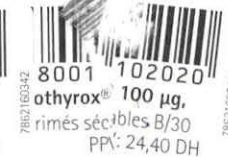
6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

Dosage Fort

1 dose de forte per matin

STRUCTUM 500

1 gélule matin et soir

STRUCTUM 500MG 60 GE

MAPHAR

P.P.V. : 222,00 DH

Dr. CARIOU - BELQADI Joëlle
ENDOCRINOLOGUE
119, Bd. Bir Anzarane
Maârif CASABLANCA

ANCOXIA 90 1 le soir

1 le soir

119, شارع بئر انزران - إقامة رمزي, باب (ب) الطابق الثاني - المعاريف - 20100 الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 98 14 67 - 05 22 23 84 84 - 05 22 99 26 53

119, Bd. BIR ANZARANE - Résidence RAMZI - Porte B 2ème Etage - Maârif - 20100 CASABLANCA

Tél.: 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67 - 05 22 99 26 53 - E-mail : carioujoelle@yahoo.fr

Dr. CARIOU BELQADÍ Joëlle

ENDOCRINOLOGIE METABOLISME

Lauréate de La Faculté de PARIS

الدكتورة كاريو بلقاضي جوويل

إختصاصية في أمراض الغدد و التغذية

خريجة كلية الطب بباريس

م^ه LAHRACH Boudia
ep LAZRAR

Casablanca, le : 02/01/20

- TSHus

- Chd T, HDL, LDL, Triglycéides

- Transaminases -

- Creatinine -

- Colceémie et int D3 -

NFS - VS -



Dr. CARIOU - BELQADÍ Joëlle
ENDOCRINOLOGIE
119, Bd. Bir Anzarane
Maârif - CASABLANCA

Mme LAHRACH EP LAZRAR Badi
F 06-06-1948

2001033047



03-01-2020

00:00

SUR ORDONNANCE
CARIJO

119, شارع بئر انزران - إقامة رمزي, باب (ب) الطابق الثاني - المعاريف - 20100 الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 98 14 67 - 05 22 23 84 84 - 05 22 99 26 53

119, Bd. BIR ANZARANE - Résidence RAMZI - Porte B 2ème Etage - Maârif - 20100 CASABLANCA

Tél.: 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67 - 05 22 99 26 53 - E-mail : carioujoelle@yahoo.fr

PHARMACIE CHARRET

Laurence CHARRET

47 rue de Bretagne

75003 PARIS 03

Tel: 0142723300

N° SIRET: 45231611000017

Code NAF: 4773Z - FR75452316110
FRANCE

Désignation	Code TVA	Qté	PU TTC	Montant TTC
-------------	-------------	-----	-----------	----------------

Patient: LAZRAK.
Ordonnance 706329

3400930121443	4	1	6,43	6,43
LEVOTHYROX 125µg Cpr séc Plq P(287255)	4	1	1,02	1,02
Honor. dispens. HD7	4	1	0,51	0,51
Honor. dispens. HDR	4	1	3,57	3,57
Honor. dispens. HDE				
Total TTC				11,53
A Payer				11,53

TOTAL A PAYER : 11,53 (75,63F)
Montant HT : 11,29

Code TVA	Taux	HT	TVA	TTC
4	2,10	11,293	0,237	11,53

Espèces : 11,53

Le 08/01/2020 à 19h18 Op. : 3 _ g

Montants exprimés en Euros

A BIENTOT
MERCI DE VOTRE VISITE

Ticket 145412/618655 B17/0106-R2

125/ /1/FACTURATION/TICKET/4/N/AAMV/AANZ
/2.10.2.1.R2-77/1

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

(nom de famille (de naissance) :

numéro d'immatriculation



NIP:8001559341 6

LAHRACH

BADIA

Nef(e):LAHRACH

06/06/1948 () F

date de naissance

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

ASSURE(E) (à remplir si le

nom et prénom

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

numéro d'immatriculation

ADRESSE de L'ASSURE(E)

47 rue de bretagne 75003 PARIS

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

CHARRET Laurence

PHARMACIE CHARRET

47 rue de Bretagne

75003 PARIS 03

752032565

ANNULE ET REMPLACE 706329

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

MEDECIN GENERAL

identifiant

raison sociale

n° de la structure

(AM, FINESSE ou SIRET)

751999996

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

08/01/2020

date de l'accord préalable (le cas échéant)

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

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

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non

XX

oui

date

J J M M A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée

Qte	PU	Mt	Fact	Prest	CIP	Ref. LPP
1	6,43	6,43	PH7		3400930121443	
1	1,02	1,02	HD7			
1	0,51	0,51	HDR			
1	3,57	3,57	HDE			

Ut Libelle

LEVOTHYROX 125µg Cpr

Honor. dispens. HD7

Honor. dispens. HDR

Honor. dispens. HDE

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

1 1 , 5 3

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 fournisseursignature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

FACTURE N° 2001033047
LABORATOIRE CASALAB PALMIER

Casablanca le 03-01-2020

INPE : 093002574

Mme Badia LAHRACH EP LAZRAK

Demande N° 2001033047
Date d'examen : 03/01/2020

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PSA-A	Prise de sang Adulte	E25	E
0110	Cholestérol HDL +LDL	B80	B
0163	TSH	B250	B
0216	Numération: Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes)	B80	B
0439	Vitamine D	B450	B
0104	Calcium	B30	B
0106	Chlore Cholestérol total	B30	B
0111	Créatinine	B30	B
0134	Triglycérides	B60	B
0146	Transaminases O (TGO)	B50	B
0147	Transaminases P (TGP)	B50	B
0223	VS	B30	B

Total des B : 1140

Arrêtée la présente facture à la somme de : * **1678.00 DH** *
mille six cent soixante-dix-huit dirhams



C

Dossier N° : **2001033047** Patient N° : **1211273042**

Résultats de : **Mme Badia LAHRACH EP LAZRAK**

Né(e) le : **06/06/1948** - 71 ans

N° CIN :

14 BD MED ABDOU

20000 CASABLANCA

1058.50

**Madame le Dr JOELLE CARIOU
BELQADI (Endocrino)**
119 BD BIR ANZARANE
21000 CASABLANCA

Edition du : **03-01-2020 à 17:05**

Dossier enregistré le **03-01-2020 09:35** par EK

Prélèvement du **03/01/2020** à (heure non communiquée) par FIC

< Compte-rendu complet validé techniquement par : HAJ >

Cher confrère, nous vous remercions de votre confiance, et nous vous transmettons les résultats de votre patient.

HEMATOCYTOLOGIE

HEMOGRAMME

27/11/2012

Leucocytes :	5,840	10 ³ /mm ³	(3,600-10,500)	6,860
Hématies :	4,310	10 ⁶ /mm ³	(3,850-5,200)	4,430
Hémoglobine :	12,90	g/dL	(11,80-15,80)	13,00
Hématocrite :	38,4	%	(35,0-45,5)	38,1
VGM :	89,1	fL	(80,0-101,0)	86,0
TCMH :	29,9	pg	(27,0-34,0)	29,3
CCMH :	33,6	g/dL	(31,5-36,0)	34,1
RDW :	13,0	%	(0,0-18,5)	13,0
Neutrophiles :	52,9	%		40,8
Soit	3 089	/mm ³	(1 900-5 700)	3
Eosinophiles :	1,0	%		1,3
Soit	58	/mm ³	(40-520)	0
Basophiles :	0,7	%		0,6
Soit	41	/mm ³	(0-90)	0
Lymphocytes :	37,0	%		47,1
Soit	2 161	/mm ³	(1 070-3 900)	3
Monocytes :	8,4	%		10,2
Soit	491	/mm ³	(170-560)	1
Plaquettes :	268	10 ³ /mm ³	(160-370)	234

Dossier n° 2001033047 - Mme Badia LAHRACH EP LAZRAK

1 / 6

VITESSE DE SEDIMENTATION

Technique automatisée corrélée à la méthode de Westergreen

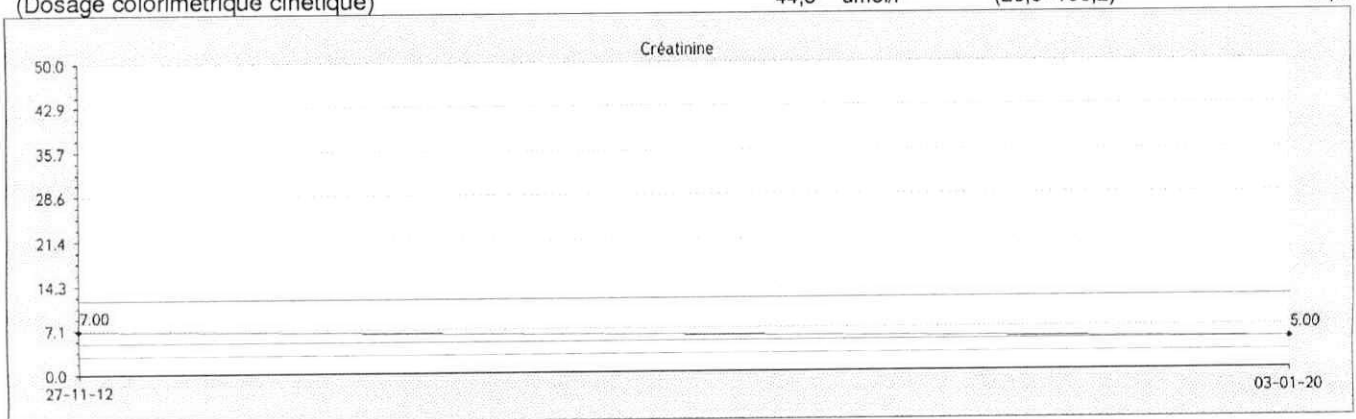
27/11/2012

VS 1ère heure	17 mm	(<30)	6
VS 2ème heure	41 mm		

BIOCHIMIE

27/11/2012

Créatinine	5,0 mg/L	(3,0–12,0)	7,0
(Dosage colorimétrique cinétique)	44,3 umol/l	(26,6–106,2)	62,0



03/12/2013

Calcium	89,7 mg/L	(84,0–102,0)	91,7
(Arsenazo III)	2,24 mmol/L	(2,10–2,55)	2,29



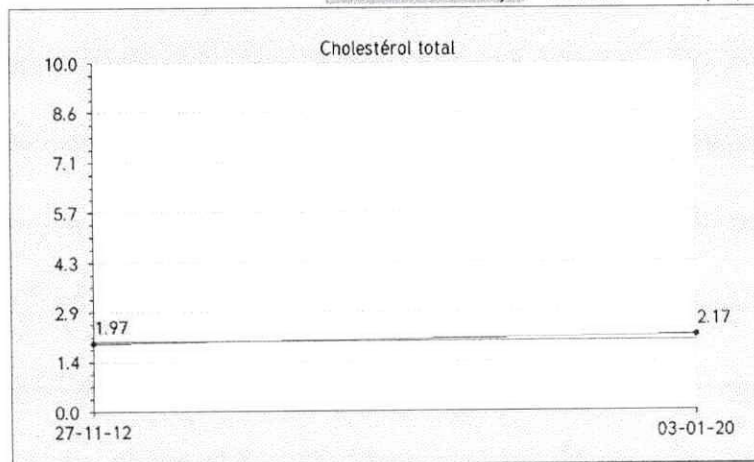
Métabolisme Lipidique

27/11/2012

Cholestérol total
(Dosage enzymatique)

2,17 g/l (<2,00)
5,61 mmol/L (<5,17)

1,97
5,10



HDL-Cholestérol
(Dosage enzymatique)

0,60 g/l (>0,40)
1,55 mmol/l (>1,03)

Valeurs de référence selon diagnostic -roche :

<u>Femmes :</u>	>0.65 g/l	Pas de risque
	0.45 à 0.65 g/l	Risque modéré
	< 0.45 g/l	Risque élevé.
<u>Homme :</u>	>0.55 g/l	Pas de risque
	0.35 à 0.55 g/l	Risque modéré
	< 0.35 g/l	Risque élevé .

Valeurs de référence selon AFSSAP:

Valeur Normale : > 0.40 g/l.

LDL

(calculé selon la formule de Friedwald)

1,40 g/L (<1,30)
3,62 mmol (<3,36)

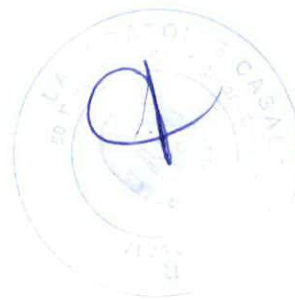
Selon les recommandations de l'Andem:

- Résultats à interpréter en fonction du nombre de facteurs de risque (FR) et des objectifs thérapeutiques cités ci-dessous:
- Prévention primaire: (0 ou 1 FR cardio-vasculaire) LDL < 1.60
- Prévention primaire: (2 ou + FR cardio-vasculaire) LDL < 1.30
- Prévention secondaire (maladie coronaire patente) LDL < 1.00

Selon les recommandations de l'AFSSAPS:

- Valeur optimale : < 1.60

NB : Les résultats seront interprétés selon les contextes cliniques



Dossier n° 2001033047 de Mme Badia LAHRACH EP LAZRAK

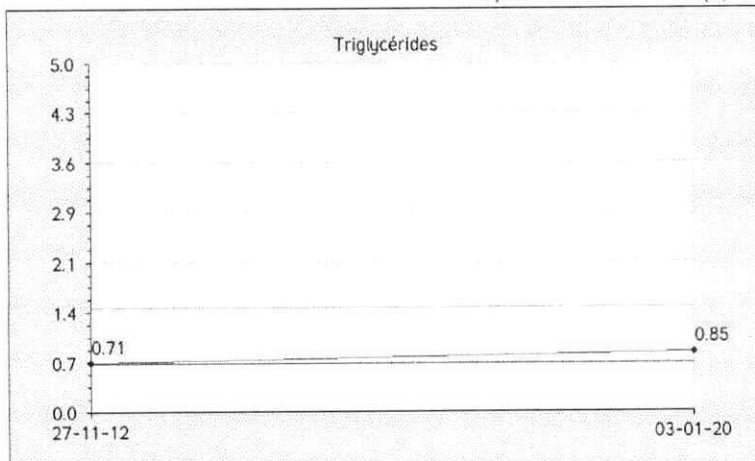
3 / 6

27/11/2012

Triglycérides
(Dosage enzymatique)

0,85 g/L (0,00–1,50)
0,96 mmol/L (0,00–1,70)

0,71
0,80



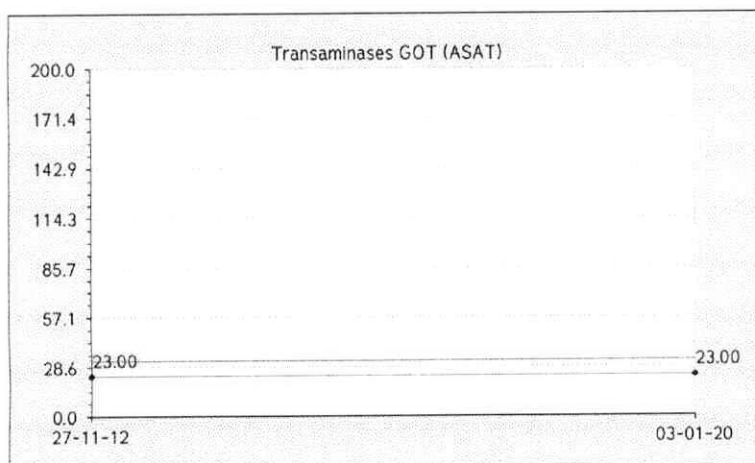
Enzymologie

27/11/2012

Transaminases GOT (ASAT)
(Dosage enzymatique)

23 U/L (0–32)

23



Dossier n° 2001033047 de Mme Badia LAHRACH EP LAZRAK

4 / 6

27/11/2012

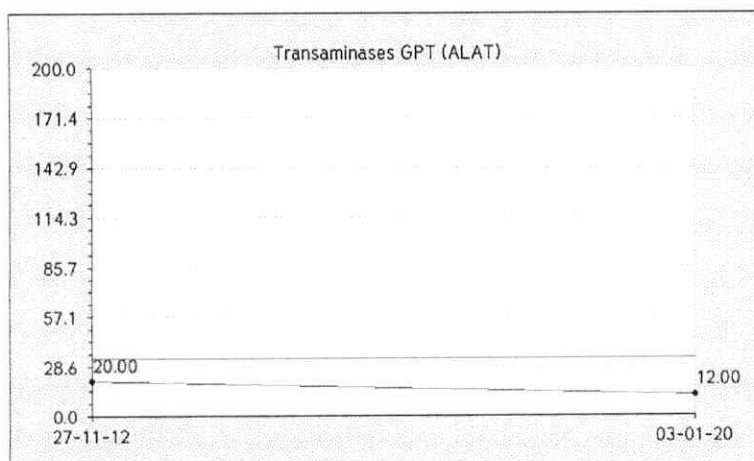
Transaminases GPT (ALAT)

(Dosage enzymatique)

12 U/L

(0-33)

20



Vitamines

03/12/2013

25-OH-Vitamine D (D2+D3)

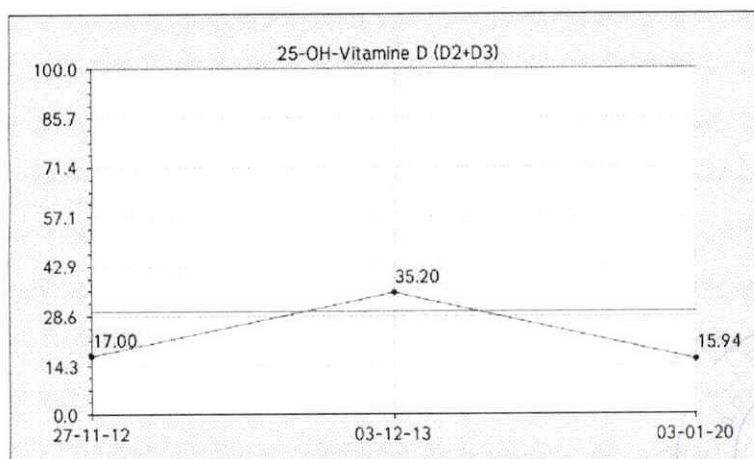
15,94 ng/mL

(30,00-100,00)

35,20

Domaine de référence Cobas6000 :

< 10 ng/ml	:	Carence
Entre 10 et 30ng/ml	:	Déficit
Entre 30 et 100 ng/ml	:	Normal
> 100 ng/ml	:	Toxique



BILAN ENDOCRINIEN

03/12/2013

TSH

(Electrochimiluminescence ECLIA sur COBAS 6000)

8,08 mUI/L

(0,27-4,20)

0,46

Valeurs de référence selon diagnostic -roche :

Adultes : 0.27 à 4.2 mUI/L

Enfants :

0j à 6j : 0.70 à 15.2 mUI/L

6j à 3 mois : 0.72 à 11.0 mUI/L

3 à 12 mois : 0.73 à 8.35 mUI/L

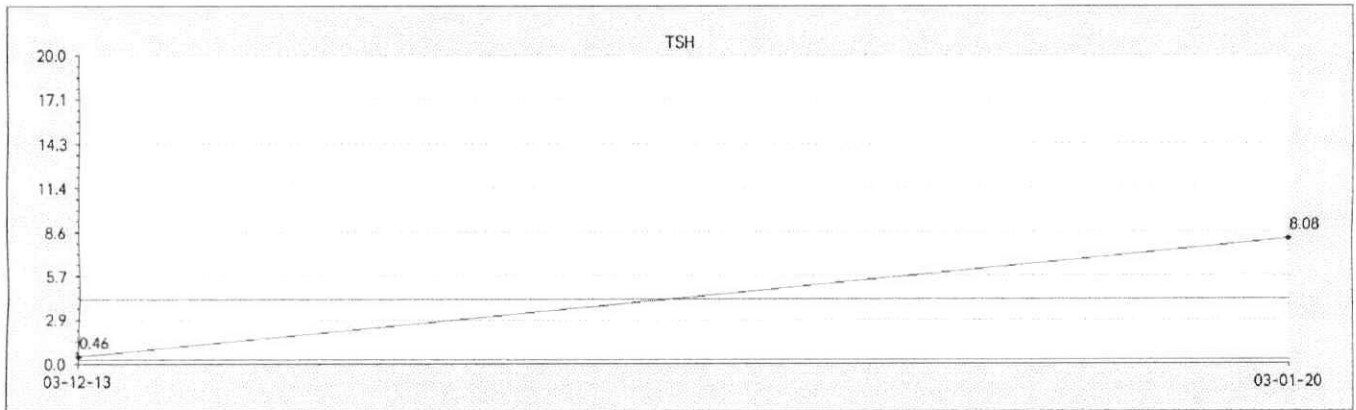
1 à 6ans : 0.70 à 5.97 mUI/L

6 à 11ans : 0.60 à 4.84 mUI/L

11 à 20 ans : 0.51 à 4.30 mUI/L

Femmes enceintes : < 2 mUI/L

NB : La TSH s'abaisse au cours des 3 premiers mois de grossesse.



Validation biologique par : Le Dr M. JENANE

Dr K. OUAZZANI

Le Dr M. BEZZARI

