

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 caractére 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 Badis** Date de naissance : **06.06.48**

Adresse : **14, Bd med Abduou CASA**

Tél. : **06.64.860.960** Total des frais engagés : **250+1678 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr CARIOU - BELQADIS
ENDOCRINOLOGUE
119, Bd. Bir Alzarane
Maârif CASABLANCA

MUPRAS
07/01/2020
ACCUEIL

Date de consultation : **02/01/2020**

Nom et prénom du malade : **LAHRACH Badis** Age : **1948**

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Thyroides Antrose 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) :

Badis

Dr CARIOU - BELQADIS
ENDOCRINOLOGUE
119, Bd. Bir Alzarane

<divRELEVE 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	C	2	25000	Dr. CARIOL - BELC ENDOCRINOLOGUE 119, rue Ibn Anan Maârif - CASABLANCA

<div[](./img/1987-07-14-Pharmacie-Rodin-Palmier-Casault-527.60.jpg)

<div[](https://www.123rf.com/450wm/123rf.com/123rf.com.htm?an=123rf15031511001&refid=123rf15031511001) ANALYSES - RADIOGRAPHIES

<div[](./img/Signature_Laboratoire_Radiologie_03012020_B1140.jpg)

<div[](https://www.assistance-medical.com/medicaments/medicament-auxiliaires-medicaux/medicament-auxiliaires-medicaux-1000x1000.jpg)

<divRELEVE 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 l'ODT.

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	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGIE METABOLISME

Lauréate de La Faculté de PARIS

الدكتورة كاريو بلقاضي جووبيل

اختصاصية في أمراض الغدد والتغذية

خريجة كلية الطب بباريس

PPU: 49,50 DH
LOT: 19F18/B
EXP: 06/2022

M⁺ LAHRACH Bodia

Casablanca, le : 02/01/20



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

7862160342

LEVOTHYROX 100 et 50

24/01/26
1cp 100 + 1/2 450 = 125
1cp 100 + 1/2 50 = 125
5 jours/7

28. Dose Forte

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

18001 102020
Levothyrox® 100 µg.,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

49. 6/1 dose à boire par min
22. STRUCTUM 500

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

8001 102020
Levothyrox® 100 µg.,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

1 gélule matin et soir

STRUCTUM 500MG 60 GE
MAPHAR
P.P.V. : 222,00 DH

CARIOU - BELQADI Joëlle
ENDOCRINOLOGUE
119 Bd BIR ANZARANE
Maârif - CASABLANCA

133. Pour 4 mois

13/01 ANCORIA 90 1 le soir

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

05 22 99 26 53 - 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 بلقااضي جووبيل

اختصاصية في أمراض الغدد والتغذية

خريجة كلية الطب بباريس

m) LAHRACH Badi
ep LAZRAK

Casablanca, le : 02/01/20

TSHs

- Chd T, HDL, DL, Triglycérides

- Trousemikases -

- Créatinine -

- Colcerine et intD3 -



Mme LAHRACH EP LAZRAK Badi
F 06-06-1948
2001033047



03-01-2020 00:00

SUR ORDONNANCE
CARIOU

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

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

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	Qté	PU	Montant
		TVA	TTC	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

joindre la prescription
sauf si renouvellementfeuille de soins
pharmacien ou fournisseur

numéro de facture (facultatif)

706333

date

08012020

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

(nom de famille (de naissance))

numéro d'immatriculation

date de naissance

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

CHARRET Laurence

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

PHARMACIE CHARRET
47 rue de Bretagne
75003 PARIS 03
752032565

ANNULE ET REMPLACE 706329

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, FINES 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 "*" et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non

XX

oui

date

J J J J M M M A A A A A A

ou

date

J J J M M A A 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. HDEou coller les étiquettes de la liste
des produits et prestations
dans l'ordre de la prescription

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros

11,53

l'assuré(e) n'a pas payé la

pharmacie des enfants rouges
Mme Laurence CHARRET
47 rue de Bretagne 75003 PARIS
Tél. 01 42 72 33 00 pharmaciecharret@gmail.com
75 2032565

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

signature du pharmacien
ou du fournisseursignature 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.

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



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	$10^3/\text{mm}^3$	(3,600–10,500)	6,860
Hématies :	4,310	$10^6/\text{mm}^3$	(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	$10^3/\text{mm}^3$	(160–370)	234

Dossier n° 2001033047 – Mme Badia LAHRACH EP LAZRAK

1 / 6

VITESSE DE SEDIMENTATION

Technique automatisée corrélée à la méthode de Westergreen

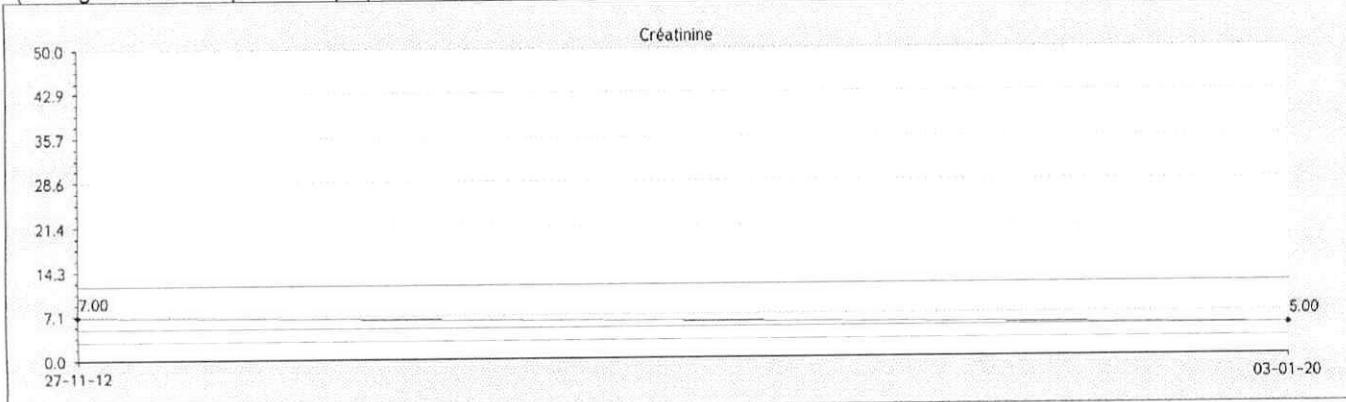
27/11/2012

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

BIOCHIMIE

27/11/2012

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



03/12/2013

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



Dossier n° 2001033047 de Mme Badia LAHRACH EP LAZRAK

2 / 6

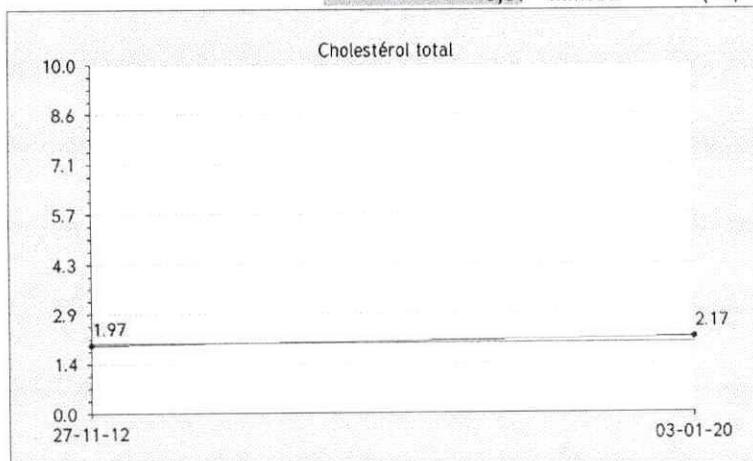
Métabolisme Lipidique

27/11/2012

Cholestérol total (Dosage enzymatique)

2,17 g/l
5,61 mmol/L

1,97
5,10



HDL-Cholestérol (Dosage enzymatique)

0,60 g/l
1,55 mmol/l

(>0,40)
(>1,03)

Valeurs de référence selon diagnostic -roche :		
Femmes :	>0,65 g/l	Pas de risque
	0,45 à 0,65 g/l	Risque modéré
	< 0,45 g/l	Risque élevé.
Homme :	>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
3,62 mmol

(<1,30)
(<3,36)

Selon les recommandations de l'Andem:

- Résultats à interpréter en fonction du nombre de facteurs de risque(FR) et des objectifs thérapeutiques citées 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



Laboratoire Casalab Palmier SCP

Docteur M. Bezzari - Médecin Biogiste UCL Belgique
Docteur K. Ouazzani - Pharmacien Biogiste



مختبر
التحاليلات الطبية

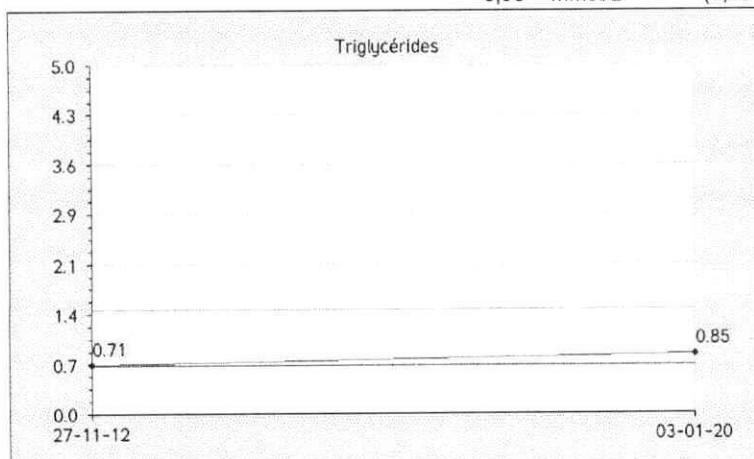
27/11/2012

Triglycérides (Dosage enzymatique)

0,85 g/L
0,96 mmol/L

(0,00-1,50)
(0,00-1,70)

0,71
0,80



Enzymologie

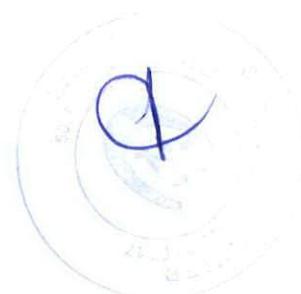
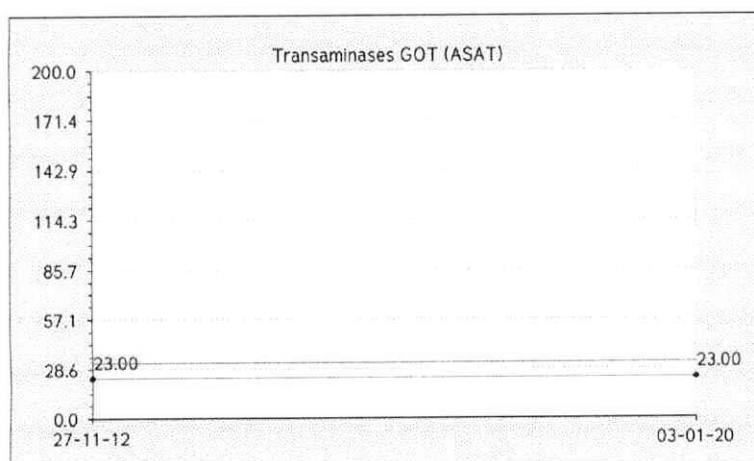
27/11/2012

Transaminases GOT (ASAT) (Dosage enzymatique)

23 U/L

(0-32)

23



Dossier n° 2001033047 de Mme Badia LAHRACH EP LAZRAK

4 / 6

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES CASALAB PALMIER SCP

50, rue Al Mortada - PALMIER - CASABLANCA

•Télé : 0522 98 83 83 •Fax : 0522 236729 •GSM : 0678 737371 – 0662 185698 •Email : accueil.casalab@gmail.com

•www.casalabpalmier.com •IF : 37741235 •Patente : 34771789 •CNSS : 6576120 •ICE : 002189772000081



27/11/2012

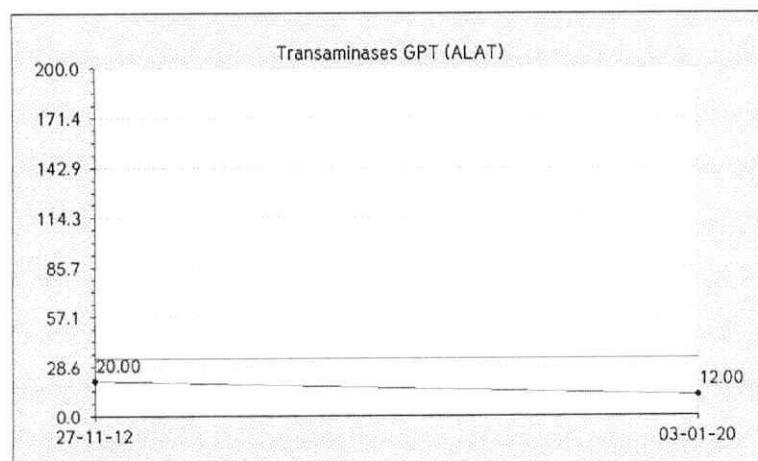
Transaminases GPT (ALAT)

(Dosage enzymatique)

12 U/L

(0-33)

20



Vitamines

03/12/2013

25-OH-Vitamine D (D2+D3)

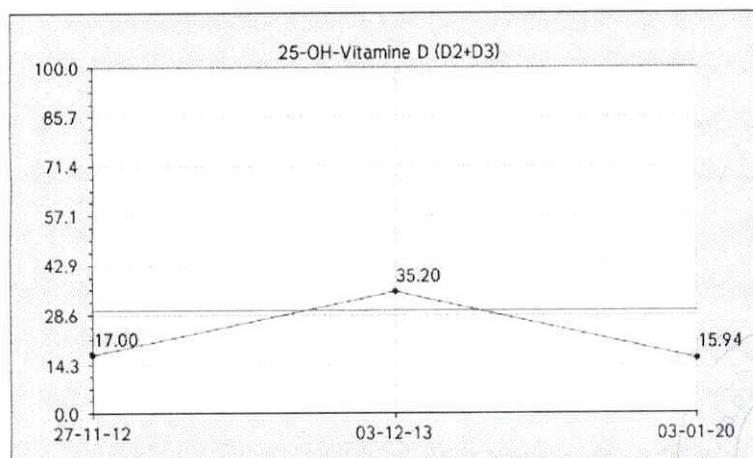
15,94 ng/mL

(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



Dossier n° 2001033047 de Mme Badia LAHRACH EP LAZRAK

5 / 6

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

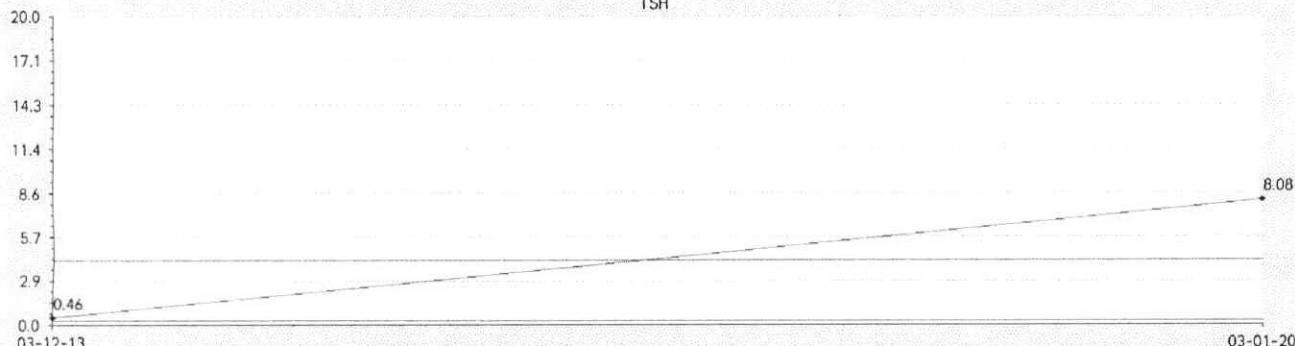
Enfants :

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.

TSH



Validation biologique par : Le Dr M. JENANE Dr K. OUAZZANI

Le Dr M. BEZZARI



Dossier n° 2001033047 de Mme Badia LAHRACH EP LAZRAK

6 / 6