

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-584920

60416

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

00 512

Société :

Royal Air Maroc

Retraite

Nom & Prénom :

EL MOUMI Moulay Abdesslam

Date de naissance :

01-01-45

Adresse :

Hay el Hana Rue 32 N° 32 CASA

Tél. :

06 19 44 96 32

Total des frais engagés : 71,29 €

Cadre réservé au Médecin

Docteur Mélanie TERRAS

Spécialiste en Médecine Générale
RPPS 10100906766 - ADELI 811 004 000
Galerie du Foirail - 50 rue de la Madeleine
81600 GAILLAC - Tél. 05 63 58 34 71

Cachet du médecin :

20/01/2020

Date de consultation :

EL MOURI

Saadia

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Lien de parenté :

Point

Nature de la maladie :

lumbalgie

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 19/02/2021

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|----------------------|
| ○ Réclamation | contact@mupras.com |
| ○ Prise en charge | pec@mupras.com |
| ○ Adhésion et changement de statut | adhession@mupras.com |

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

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
20/11/20	GS	1	25€	 Docteur Mélanie TERRAS Spécialiste en Médecine Générale - RPPS 10100006766 - EU 811 004 800 Galerie du Forail - 20 rue de la Madeleine 81600 GAILLAC - Tél. 05 63 58 34 71

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	PHARMACIE RECURT-CARRERE	Date	Montant de la Facture
		28.11.2020	66,89 €
	11, Rue Jean Jaurès 81600 GAILLAC		
	Tél. : 05 63 57 02 25 81 200420 8		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABoffice 2, chemin de Fregeneuil 16800 SOYAUX Tel. 05 45 94 50 00 Fax. 05 45 94 56 51	11/01/21		61,85€

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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

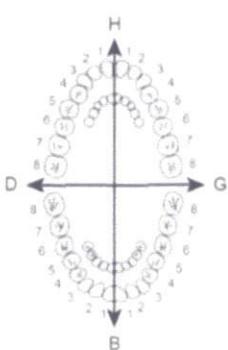
Important :

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
5533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
5533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

feuille de soins - médecin

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)

date 20/11/2020

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT LES SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom EL MARO Saoudia

(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

(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 médecin)

ADRESSE DE L'ASSURE(E)

IDENTIFICATION DU MEDECIN

DOCTEUR TERRAS MELANIE

01 MEDECINE GENERALE

CONVENTIONNE

MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

50 RUE DE LA MADELEINE
GALERIE DU FOIRAIL

81600 GAILLAC

=> 81 1 00486 0 00 1 20 1 01 n°AM

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

 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

oui

date

J J M M A A A A

MATERNITE

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

J J M M A A A A

AT/MP

n u m é r o

ou

date

J J M M A A A A

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous

nom et prénom du médecin :

(s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)

accès direct spécifique

urgence

hors résidence habituelle

médecin traitant remplacé

accès hors coordination

ACTES EFFECTUÉS

(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : J J M M A A A A)

dates des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P,...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	1	dépass.	frais de déplacement
						1.D.	2	I.K.
						M.D.	nbre	montant
lou2020				BS			85.	
J J M M A A A A								
J J M M A A A A								
J J M M A A A A								

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)

25

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

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

Docteur Mélanie TERRAS
signature du médecin ayant effectué l'acte ou les actes

Spécialiste en Médecine Générale
RPPS 10100906766 - ADIBU 81 004 860
Galerie du Foirail - 50 rue de la Madeleine

signature de l'assuré(e)

impossibilité de signer

Quiconque se rend coupable d'une 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 médecin, celui-ci remplit l'ensemble de cette rubrique, sur présentation de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne, y compris le code de l'organisme de rattachement.
- Si vous payez votre médecin, celui-ci indique uniquement vos nom et prénom, selon vos indications, ou en reprenant les informations contenues dans votre carte Vitale ou sur l'attestation papier qui l'accompagne.
Les autres lignes de cette rubrique sont à compléter par vous-même (le code de l'organisme de rattachement ne doit pas être indiqué dans ce cas) :

- si vous êtes la personne recevant les soins et aussi l'assuré(e), inscrivez seulement :
 - votre numéro d'immatriculation (il est indiqué sur votre carte Vitale et sur l'attestation papier qui l'accompagne),
- si vous êtes la personne recevant les soins mais pas l'assuré(e), écrivez :
 - 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 remplir par votre médecin, y compris le numéro de facture qui est une zone facultative destinée à son usage.

- Si l'acte qu'il effectue est en rapport avec l'affection de longue durée (ALD), il doit le préciser dans la case prévue à cet effet.
- * • 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 liés à un accident causé par une personne autre que vous-même, précisez-le lui ainsi que la date de cet accident. Ces renseignements, recueillis sous votre responsabilité, doivent obligatoirement figurer sur la feuille de soins car ils permettent à l'assurance maladie de récupérer les frais relatifs à votre accident auprès de l'assureur de la personne ayant causé cet accident.
- Si vos soins sont liés à un accident du travail, ou à une maladie professionnelle, présentez à votre médecin la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle qui vous a été remise par votre employeur ou par votre organisme d'assurance maladie.
- Si le médecin qui remplit la feuille de soins est votre nouveau médecin traitant, il doit cocher la case prévue à cet effet. Dans ce cas, n'oubliez pas d'envoyer à votre caisse d'assurance maladie la nouvelle déclaration de choix du médecin traitant.
- Si le médecin qui remplit la feuille de soins n'est pas le médecin traitant que vous avez déclaré, il doit indiquer si l'acte est réalisé à la demande de celui-ci. Dans ce cas, il reporte sur la feuille de soins le nom et le prénom de votre médecin traitant.
Si votre état de santé nécessite l'intervention de plusieurs médecins, ces informations doivent également être reportées sur la feuille de soins par ces médecins.

Dans la négative, le médecin doit cocher l'une des cases permettant de préciser si les soins sont réalisés :

- par un médecin exerçant une spécialité à accès direct (gynécologie, ophtalmologie, psychiatrie) ou par un médecin exerçant dans une consultation hospitalière de tabacologie, d'alcoologie ou de lutte contre les toxicomanies (art. D 162-1-6, 6° du Code de la sécurité sociale),
- en urgence,
- hors de votre résidence habituelle (par exemple lorsque vous êtes en congé),
- par un médecin remplaçant votre médecin traitant en son absence,
- en accès libre non coordonné, c'est-à-dire lorsque vous consultez directement un médecin qui n'est pas votre médecin traitant.

Recommandations importantes :

Prévenez votre organisme d'assurance maladie à l'occasion d'un changement intervenant dans votre situation, comme, par exemple, en cas de :

- changement de compte bancaire, postal ou de caisse d'épargne : envoyez-lui votre nouveau relevé d'identité de compte,
- 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. Votre ancien organisme d'assurance maladie peut vous aider dans cette démarche.
- Si le médecin 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.

Docteur Mélanie TERRAS
Spécialiste en Médecine Générale
Conventionné Secteur 1

Galerie du Foirail
50. rue de la Madeleine - 81600 GAILLAC
Tel. : 05 63 58 34 71
Fax : 05 63 81 46 07



811004860



10100906766

GAILLAC, le 20/11/2020

Mme Saadia EL MOUMI, née le 01/01/1946

- FLUTICASONE PROPIONATE 125 µg/dose + SALMETEROL (xinafoate) 25 µg/dose susp p inhal en fl press
(SERETIDE 125 µg/25 µg/dose Susp inh en flacon pressurisé avec valve doseuse Fl/120doses)
Prendre 1 dose le matin et le soir, pendant 3 mois , bien rincer la bouche après chaque bouffée.
Traitement à renouveler 1 fois.

- PARACETAMOL 1 g gél
(DOLIPRANE 1000 mg Gél Plq/8)
Prendre 1 gélule le matin, le midi et le soir, pendant 3 mois, si douleur

PNEUMONAX, J SERINGUE

Docteur Mélanie TERRAS
Spécialiste en Médecine Générale
RPPS 10100906766 - AHALI 811 004 860
Galerie du Foirail (50 rue de la madeleine)
81600 GAILLAC - Tel. 05 63 58 34 71


PHARMACIE
RECURT-CARRERE
11, Rue Jean Jaurès
81600 GAILLAC
Tél. : 05 63 57 02 25
81 2004208

En cas d'effet indésirable ou d'aggravation de votre état, rappeler le médecin. En dehors de heures d'ouverture, appeler la régulation

joindre la prescription
sauf si renouvellement**feuille de soins
pharmacien ou fournisseur**

numéro de facture (facultatif)

200050102

date 2 J 8 1 M M 2 0 A 2 A 0 A

PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)

nom et prénom

EL MOUMI SAADIA

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

numéro d'immatriculation

date de naissance

0 1 0 1 1 9 4 6

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

nom et prénom

EL MOUMI SAADIA

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

numéro d'immatriculation

A 1

ADRESSE de L'ASSURE(E)

24 AVENUE ALBERT CAMUS

81600 GAILLAC

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

RECURT-CARRERE ALEXANDRA

PHARMACIE RECURT-CARRERE

RPPS 1000151357

Mme Recurt-Carrere

11, rue Jean Jaurès

81600 GAILLAC

N° ident 812004208

TEL : 05 63 57 02 25

OP : 2 28/11/2020 11:17

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 TERRAS MELANIE

raison sociale

identifiant 1 0 1 0 0 9 0 6 7 6

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

8 1 1 0 0 4 8 6 0

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

2 0 1 1 2 0 2 0

date de l'accord préalable (le cas échéant)

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

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

CIP/NOM NumOrd	Acte/Qte/Prix	Taux Remise	Montant
3400930191545 FLUTICAS/SALM.BGR 1 635197	PH7 1x19,68	0%	19,68
HONORAIRE DE DISPENSATION	HD7 1x1,02	0%	1,02
3400930044384 PNEUMOVAX INJ SRG0	PH7 1x18,12	0%	18,12
HONORAIRE DE DISPENSATION	HD7 1x1,02	0%	1,02
3400941533969 DOLIPRANE 1000MG 8 C	PH7 2x1,16	0%	2,32
HONORAIRE DE DISPENSATION	HD7 2x1,02	0%	2,04
HONORAIRE DE MEDICAM. REMB.	HDR 1x0,51	0%	0,51
HONORAIRE LIE A L'AGE	HDA 1x1,58	0%	1,58

QTE: 6 V: 6 en EUR

imprimer les codes à barres

ou coller les étiquettes de la liste

des produits et prestations

dans l'ordre de la prescription

PAIEMENTMONTANT TOTAL
en euros

4 6, 2 9

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 fournisseurPHARMACIE
RECURT-CARRERE
11, Rue Jean Jaurès
81600 GAILLAC
Ref. : 05 63 57 02 25signature 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.

IMP BARLERIN - Ucans Edition 06/2020

FSPHF 10-2014 S3115h

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.



Graulhet, le 26/12/2020

Service :

Médecin Responsable : Dr CARAYON Jean-Yves

N° RPPS :



Docteur :

CASSAIGNE

Nom : EL MOUMI Sadia

Traitement Q.S.P. :

A renouveler :

NFS pleugettes CRP sensible
ionogramme urée créatine
TSH glycémie exam vif D
triglycérides cholestérol total et fractionnés

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'CASSAIGNE' followed by a stylized surname.

Docteur Pierre CASSAIGNE

Praticien Hospitalier Gériatre

CENTRE HOSPITALIER DE GRAULHET

81300 GRAULHET

RPPS : 10002875853

8 | 883411224930

N° Finess :



810000398

En cas d'urgence, composer le 15

CENTRE HOSPITALIER - 19 Rue du Dr Bastié - B.P. 49 - 81301 GRAULHET

Tél. 05.63.42.30.00 - Fax : 05.63.42.30.25



LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE LABOFFICE

S.E.L.A.R.L. N° d'autorisation 16 SEL 009 - Siège social : 126 rue de Périgueux, 16000 Angoulême

Laboratoire agréé pour la manipulation des gamètes mâles

Accréditation Cofrac N°8-3605 (portée d'accréditation disponible sur www.cofrac.fr)

www.laboffice.fr

P. CASASNOVAS
Pharmacien Biogiste
S. LOULIER
Médecin Biogiste

V. CALLEC
Pharmacien Biogiste
C. REVOLTE
Pharmacien Biogiste

C. EURIEULT
Pharmacien Biogiste
H. SEROUSSI
Médecin Biogiste

F. JUIN
Pharmacien Biogiste
A. VALLEE
Pharmacien Biogiste

J. LAGRANGE
Pharmacien Biogiste

~~LABOffice~~

2, chemin de Fregene
16800 SOYAUX
Tél. 05 45 94 50 00
Fax. 05 45 94 50 0

Réglé le
11/01/2021

Mme Sadia ELMOUMI
20 ROUTE DU BOIS BLANC
16600 MORNAC

Réf. du dossier :

D210111-0148 du 11-01-2021

SOYAUX, le Lundi 11 Janvier 2021

NOTE D'HONORAIRES

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de votre confiance et vous adressons nos honoraires relatifs à vos examens du 11-01-2021 prescrits par le Dr Pierre CASSAIGNE.

MONTANT A REGLER : **61.85** Euros

Si ces examens bénéficient du tiers payant, veuillez nous faire parvenir les renseignements permettant leur prise en charge : copies de vos attestations de sécurité social et de mutuelle.

Si vous ne bénéficiez pas du tiers payant, les documents nécessaires à votre remboursement vous parviendront dès réception de votre règlement.

En vous remerciant de votre confiance, veuillez agréer, Madame, Monsieur, nos sincères salutations.

La direction

FEUILLE D'HONORAIRES D'ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE

Joindre à cette feuille la prescription des actes

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) ET LE MALADE (1)

Numéro d'immatriculation

Nom – Prénom
(suivi, s'il y a lieu,
du nom d'usage)
ADRESSEELMOUMI Sadia Née: SAGID
20 ROUTE DU BOIS BLANC
16600 MORNAC

CODE ORGANISME AFFILIATION

Nom et Adresse
de l'organisme
de paiementS'agit-il d'un accident
causé par un tiers ?Si le malade est PENSIONNE DE GUERRE et si les soins
concernent l'affection pour laquelle il est pensionné, cocher cette case

SI LE MALADE N'EST PAS L'ASSURE(E)

Ne remplir qu'en cas d'accord entre mutuelle et régimes obligatoires

 NON

CODE ORGANISME COMPLEMENTAIRE

Nom et Adresse
de l'organisme
complémentaire

NOM

Prénom

Date de naissance

PARTIE RESERVEE AU LABORATOIRE

IDENTIFICATION DU LABORATOIRE

NOM – Prénom – Qualité (du directeur ou du directeur adjoint autorisé à les effectuer)

SELRL LABOffice
39 LABORATOIRE POLYVALENT

2, Chemin de Fregeneuil
16800 SOYAUX

=> 163700206 0 1 24 1 39
CAB. CON. Z.ISD IK SPEC

PRESCRIPTEUR : NOM et N°

CASSAIGNE Pierre

810000398

Nom et qualité de l'exécutant des actes de prélèvement

KaliLab

 MALADIE MATERNITE ACCIDENT DU TRAVAIL/MALADIE PROFESSIONNELLE

Indiquer la date prévue de l'accouchement ou la date de l'accident

ACTES DE PRELEVEMENT

FRAIS ACCESSOIRES

Date d'exécution des actes	Cotation des actes suivant nomenclature	Montant des actes	Majorations (nuit,dimanche jour férié)	Montant du dépassement. (DE)	Montant total des actes de prélèvement 5(2+3+4)	I.F. ou I.F.D.	I.D.	Nombre	I.K.	Dépassement	Total des frais de déplacement
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
11-01-2021	AMI 1.5	4.73	0.00	0.00	4.73		0.00	0	0.00		0.00
11-01-2021	MAU 1	1.35	0.00	0.00	1.35		0.00	0	0.00		0.00

ACTES DE BIOLOGIE MÉDICALE

ACTES EFFECTUÉS

Remboursement inférieur à 100 %	Remboursement à 100 %	Montant des actes hors nomenclature	Montant des actes effectués y compris les suppléments	Montant du dépassement D.E.
151	0	15.00	55.77	13
			TOTAL * (5+11+12+13)	61.85

Part organisme obligatoire

0.00

Part assuré

Part organisme complémentaire

Date de la prescription Date d'exécution des examens

Suppléments nuit, dimanche et jour férié

TOTAL DES COEFFICIENTS

NOM et N° du laboratoire transmetteur (à indiquer par le laboratoire exécutant)

REMBOURSEMENT

AU LABORATOIRE

Cachet « tiers payant »

X A L'ASSURE (E)
VIREMENT A UN COMPTE POSTAL, BANCAIRE OU DE CAISSE D'EPARGNE. Lors de la première demande de remboursement, joindre le relevé d'identité correspondant.

AUTRE MODE DE PAIEMENT

Le remboursement des prestations de l'assurance maladie exige l'enregistrement des données codées relatives aux actes de soins et prestations. La loi du 6 janvier 1978 s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

La loi rend possible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L377-1 du Code de la Sécurité Sociale, 441-1 du Code pénal)

(1) se reporter à la carte d'assurance maladie (et pour les renseignements n'y figurant pas, à remplir selon les indications du malade)

Signature du Directeur
du laboratoire attestant
l'exécution des actes et
le cas échéant le paiement

FB01-02 UCANSS Edition 02/03 S 3131e

LABOffice site du Clinical - 2 chemin de Frégeneuil - 16800 SOYAUX

Tel : 05 45 94 50 00 - Fax :

Dont patient :

Mme ELMOUMI-SAGID Sadia
20 ROUTE DU BOIS BLANC

16600 MORNAC

Dossier : D210111-0148 du 11-01-2021

NOTE HONORAIRE EN EUROS

Déplacements	0.00	0.00
Prélèvements	6.08	6.08
Nomenclature	40.77	40.77
Examens non remboursés	15.00	15.00
Examens transmis	0.00	0.00
TOTAL	61.85	61.85
TOTAL OP1 () %	0.00	
TOTAL OP2 () %	0.00	

Mme ELMOUMI-SAGID Sadia (01-01-1946)

Reste à payer

0.00



Centre

Hospitalier
Graulhet

Service :

Médecin Responsable : Dr CARAYON Jean-Yves

N° RPPS :



10002893336

Docteur : CASSAIGNE

Graulhet, le 26/12/2020

Nom : EL MOUMI Seda

Traitement Q.S.P. :

A renouveler :

NFS pleuverte CRP fémur
ionogramme urée créatine
TSH glycémie sémum vit D
triglycérides cholestérol TSH et fémur

Docteur Pierre CASSAIGNE

Praticien Hospitalier Gériatre

CENTRE HOSPITALIER DE GRAULHET

81300 GRAULHET

RPPS : 10002875853

8188341 1 224930

N° Finess :



810000398

En cas d'urgence, composer le 15

CENTRE HOSPITALIER - 19 Rue du Dr Bastié - B.P. 49 - 81301 GRAULHET

Tél. 05.63.42.30.00 - Fax : 05.63.42.30.25





LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE LABOFFICE

S.E.L.A.R.L. N° d'autorisation 16 SEL 009 - Siège social : 126 rue de Périgueux, 16000 Angoulême

Laboratoire agréé pour la manipulation des gamètes mâles

Accréditation Cofrac N°8-3605 (portée d'accréditation disponible sur www.cofrac.fr)

www.laboffice.fr

P. CASASNOVAS

Pharmacien Biogiste

S. LOULIER

Médecin Biogiste

V. CALLEC

Pharmacien Biogiste

C. REVOLTE

Pharmacien Biogiste

C. EURIEULT

Pharmacien Biogiste

H. SEROUSSI

Médecin Biogiste

F. JUIN

Pharmacien Biogiste

A. VALLEE

I. LAGRANGE

Pharmacien Biogiste

Pour : Mme Sadia ELMOUMI

Né(e) le : 01-01-1946, Sexe F, NDN : SAGID

20 ROUTE DU BOIS BLANC

16600 MORNAC

Prescripteur : Dr Pierre CASSAIGNE

MME SADIA ELMOUMI

20 ROUTE DU BOIS BLANC

16600 MORNAC

Dossier N° : D210111-0148 du 11-01-2021

Demande saisie par CLA le 11-01-2021 à 09:30

Prélèvement du 11-01-2021 à 09:40 par : LABOffice site du Clinical

Compte-rendu complet édité le 11-01-2021 à 12:09

INFORMATIONS

Les prélèvements sont conformes aux exigences préanalytiques.

HEMATOLOGIE

Analyses réalisées sur un échantillon sanguin

Résultats

Valeurs de référence

Antécédents

Numération Formule Sanguine

(Numération globulaire et formule sanguine automatisée : cytométrie en flux – Siemens Advia 2120)

(Numération plaquetttaire : méthode optique – Siemens Advia 2120)

Leucocytes (Gl. Blancs)

3.16 Giga/l (3.80–9.10)

Hématuries (Gl. Rouges)

4.31 Tera/l (3.84–5.12)

Hémoglobine

12.4 g/dl (11.8–15.0)

Hématocrite

39.1 % (35.0–45.0)

VGM

90.7 fl (83.0–97.0)

CCMH

31.6 g/dl (31.9–35.9)

TCMH

28.7 pg (27.5–33.2)

Plaquettes

229 Giga/l (177–379)

Volume plaquetttaire moyen

9.1 fl (6.8–10.6)

Poly. Neutrophiles

45.0 % Soit **1.42** Giga/l (1.90–5.70)

Poly. Eosinophiles

3.4 % Soit **0.11** Giga/l (0.04–0.52)

- Poly. Basophiles

0.8 % Soit **0.03** Giga/l (0.00–0.09)

Lymphocytes

43.7 % Soit **1.38** Giga/l (1.07–3.90)

Monocytes

7.1 % Soit **0.22** Giga/l (0.17–0.56)

Formule automate (Siemens Advia 2120) après relecture microscopique du frottis (DM Cellavision 1200)

Dossier validé par Armelle VALLEE

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE
SELARL LABOFFICE

N° d'autorisation 16 SEL 009 – Laboratoire agréé pour la manipulation des gamètes mâles
Accréditation Cofrac N°8-3605 (portée d'accréditation disponible sur www.cofrac.fr)

Pour : **Mme Sadia ELMOUMI**

Né(e) le : 01-01-1946, Sexe : F, NDN : SAGID

Dossier N° : D210111-0148 du 11-01-2021

Prescripteur : Dr Pierre CASSAIGNE

Prélèvement du 11-01-2021 à 09:40

BIOCHIMIE

Analyses réalisées sur un échantillon sanguin

Résultats

Valeurs de référence

Antécédents

Glycémie

(SIEMENS Advia Chemistry Technique Enzymatique)

0.88 g/l

(0.74–1.06)

4.89 mmol/l

(4.11–5.89)

Attention: l'administration de N-Acetylcystéine peut interférer avec ce dosage. Il est recommandé de réaliser l'analyse à distance de toute prise de ce médicament.

Urée

(SIEMENS Advia Chemistry Technique Enzymatique)

0.34 g/l

(0.15–0.50)

5.68 mmol/l

(2.51–8.35)

Créatinine

(SIEMENS Advia Chemistry Technique Colorimétrique IDMS)

5.1 mg/l

(5.0–11.0)

45.1 µmol/l

(44.3–97.4)

Estimation de la clairance de la créatinine

Formule de Cockcroft

Non calculable

Calculable seulement chez l'adulte et si le poids renseigné est compris entre 50 et 100 kg.

Estimation du débit de filtration glomérulaire

Formule CKD-EPI

94 ml/min

(>60)

Conformément aux recommandations de la HAS, le débit de filtration glomérulaire (DFG) est estimé selon la formule CKD-EPI. Ce calcul n'est validé que dans la population caucasienne et est interprété avec précaution dans les autres cas.

Classification des stades de la maladie rénale chronique (HAS, juillet 2012)

STADE	DFG	DEFINITION
Stade 1	Supérieur ou égal à 90	Maladie rénale chronique* avec DFG normal ou augmenté
Stade 2	Entre 60 et 89	Maladie rénale chronique* avec DFG légèrement diminuée
Stade 3A	Entre 45 et 59	Insuffisance rénale chronique modérée
Stade 3B	Entre 30 et 44	Insuffisance rénale chronique modérée
Stade 4	Entre 15 et 29	Insuffisance rénale chronique sévère
Stade 5	Inférieur à 15	Insuffisance rénale chronique terminale

*avec marqueurs d'atteinte rénale : albuminurie, hématurie, leucocyturie, ou anomalies morphologiques ou histologiques, ou marqueurs de dysfonctionnement tubulaire, persistant plus de 3 mois et sur 2 ou 3 examens consécutifs

L'estimation de la clairance de la créatinine selon COCKROFT & GAULT doit être réservée à l'adaptation posologique des médicaments.

Sodium

(SIEMENS Advia Chemistry Potentiométrie Indirecte)

140 mEq/l

(132–146)

140 mmol/l

(132–146)

Potassium

(SIEMENS Advia Chemistry Potentiométrie Indirecte)

4.7 mEq/l

(3.5–5.5)

4.7 mmol/l

(3.5–5.5)

Chlore

(SIEMENS Advia Chemistry Potentiométrie Indirecte)

106 mEq/l

(99–109)

106 mmol/l

(99–109)



LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE LABOFFICE

S.E.L.A.R.L. N° d'autorisation 16 SEL 009 - Siège social : 126 rue de Périgueux, 16000 Angoulême

Laboratoire agréé pour la manipulation des gamètes mâles

Accréditation Cofrac N°8-3605 (portée d'accréditation disponible sur www.cofrac.fr)

www.laboffice.fr

P. CASASNOVAS
Pharmacien Biogiste
I. LAGRANGE
Pharmacien Biogiste

V. CALLEC
Pharmacien Biogiste
S. LOULIER
Médecin Biogiste

C. EURIEULT
Pharmacien Biogiste
C. REVOLTE
Pharmacien Biogiste

F. JUIN
Pharmacien Biogiste
H. SEROUSSI
Médecin Biogiste

Ph. LABROUSSE
Médecin Biogiste
A. VALLEE
Pharmacien Biogiste

Pour : Mme Sadia ELMOUMI

Né(e) le : 01-01-1946, Sexe : F, NDN : SAGID

Dossier N° : D210111-0148 du 11-01-2021

Prescripteur : Dr Pierre CASSAIGNE

Prélèvement du 11-01-2021 à 09:40

Triglycérides

(SIEMENS Advia Chemistry Technique Colorimétrique)

0.55 g/l (0.35–1.40)

0.63 mmol/l (0.40–1.60)

Attention : la supplémentation en vitamine C (Acide Ascorbique) et l'administration de N-Acétylcystéine peuvent interférer avec le dosage des triglycérides. Il est préférable de réaliser ce dosage à distance de toute prise de ces substances.

Cholestérol total

(SIEMENS Advia Chemistry Technique Enzymatique)

2.51 g/l (<2.00)

6.50 mmol/l (<5.18)

Attention: l'administration de N-Acétylcystéine peut interférer avec ce dosage. Il est recommandé de réaliser l'analyse à distance de toute prise de ce médicament.

HDL-Cholestérol

(SIEMENS Advia Chemistry Technique Enzymatique)

0.81 g/l (0.50–0.80)

2.10 mmol/l (1.30–2.07)

LDL Cholestérol

(Calculé selon la formule de Friedwald)

1.59 g/l

4.12 mmol/l

OBJECTIFS THERAPEUTIQUES

(Recommandations HAS février 2017)

Chez l'adulte entre 40 et 65 ans, il est recommandé d'évaluer le risque cardio-vasculaire en **prévention primaire** à l'aide de l'outil SCORE (en fonction du sexe, de l'âge, du statut tabagique, de la pression artérielle et des concentrations de cholestérol total).

SCORE online sur http://www.heartscore.org/fr_FR/access

Cet outil n'est pas adapté chez les sujets jeunes avant 40 ans avec facteurs de risque, pour les patients hypertendus sévères, diabétiques, insuffisants rénaux chroniques ou atteints d'hypercholestérolémie familiale.

En cas de maladie cardio-vasculaire documentée, en **prévention secondaire**, le risque cardio-vasculaire est d'emblée considéré très élevé.

Les objectifs de LDL cholestérol à atteindre sont définis en fonction du risque cardio-vasculaire :

Niveau de risque cardiovasculaire	Objectif de LDL cholestérol
Faible	< 1,9 g/l (4,9 mmol/l)
Modéré	< 1,3 g/l (3,4 mmol/l)
Elevé	< 1,0 g/l (2,6 mmol/l)
Très élevé	< 0,70 g/l (1,8 mmol/l)

Protéine C réactive (CRP)

(SIEMENS Advia Chemistry Technique Immuno-Turbidimétrique)

16.03 mg/l (<5.00)

Ferritine

(SIEMENS Advia Chemistry Technique Enzymatique)

36 ng/ml (10–120)

Le dosage de la ferritine doit être interprété avec un bilan inflammatoire récent

36 µg/l (10–120)

Dossier validé par Armelle VALLEE

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE SELARL LABOFFICE

N° d'autorisation 16 SEL 009 – Laboratoire agréé pour la manipulation des gamètes mâles
Accréditation Cofrac N°8-3605 (portée d'accréditation disponible sur www.cofrac.fr)

Pour : **Mme Sadia ELMOUMI**

Né(e) le : 01-01-1946, Sexe : F, NDN : SAGID

Dossier N° : D210111-0148 du 11-01-2021

Prescripteur : Dr Pierre CASSAIGNE

Prélèvement du 11-01-2021 à 09:40

Vitamine D

(SIEMENS Centaur XPT Immunochimie luminescence)

17.25 ng/ml (30.00–100.00)

43.13 nmol/l (75.00–250.00)

Les anticorps hétérophiles présents dans le sérum humain peuvent réagir avec les immunoglobulines des réactifs utilisés et ainsi interférer avec les immunodosages *in vitro*. Les patients couramment exposés aux animaux ou à des produits issus de sérum animal peuvent être sujets à cette interférence et des valeurs anormales de dosages peuvent alors être observées. Des informations complémentaires peuvent se révéler nécessaires pour le diagnostic.

Statut de la Vitamine D chez l'adulte

Déficit sévère : <10 ng/ml (<25 nmol/l)

Déficit modéré : 10–30 ng/ml (25–75 nmol/l)

Valeurs attendues : 30–100 ng/ml (75–250 nmol/l)

Toxicité : >100 ng/ml (>250 nmol/l)

Depuis le 04/09/2014, le dosage de la vitamine D (D2 + D3) n'est remboursé que dans les indications suivantes :

- Suspicion de rachitisme
- Suspicion d'ostéomalacie
- Suivi ambulatoire de l'adulte transplanté rénal au delà de 3 mois après transplantation
- Avant et après chirurgie bariatrique (obésité)
- Evaluation et prise en charge des personnes agées sujettes aux chutes répétées
- Respect des résumés des caractéristiques du produit (RCP) des médicaments préconisant la réalisation du dosage de vitamine D.

==> Porter l'indication, ou plus simplement la mention "conforme H.A.S.".

==> La mention "Non Remboursable" ou "NR" (ou "HN") doit par contre être écrite en regard de la prescription de vitamine D sur l'ordonnance si le patient se trouve en dehors de ces indications.

HORMONOLOGIE

Analyses réalisées sur un échantillon sanguin

Les anticorps hétérophiles présents dans le sérum humain peuvent réagir avec les immunoglobulines des réactifs utilisés et ainsi interférer avec les immunodosages *in vitro*. Les patients couramment exposés aux animaux ou à des produits issus de sérum animal peuvent être sujets à cette interférence et des valeurs anormales de dosages peuvent alors être observées. Des informations complémentaires peuvent se révéler nécessaires pour le diagnostic.

Résultats

Valeurs de référence

Antécédents

Exploration thyroïdienne

TSH 3ème génération

(Immunodosage en chimiluminescence, Centaur XPT Siemens)

1.98 μ IU/ml

(0.55–4.78)

1.98 mIU/l

(0.55–4.78)

Délais postaux :

Un minimum de 3 jours est nécessaire pour acheminer ce compte rendu par voie postale. Pour réduire ce délai, nous vous conseillons d'utiliser notre serveur de résultat sur internet (www.laboffice.fr) en communiquant au laboratoire votre adresse email.