

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 canaux, 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 canaux.

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° W21-793951

158525

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1682 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELMAOUMI KHADIJA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. H. BENCHIKHI
Dermatologie - Vénérologie
Angle Bd. 2 Mars et Rue Amsterdam
Casablanca - Tél. : +212 05 22 85 00 00

Date de consultation : 03/02/23

Nom et prénom du malade : ELMAOUMI KHADIJA Age :

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

Nature de la maladie : Dermatosi

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@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.

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
03/02/23	10		300	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
			95	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE FARMA Rachida FARMA 126 Sidi Moumen Casablanca	03/02/23	461,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
ORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES NAFIALAB 27 Lotissement Nasr et Yamna Sidi Moumen-Casablanca Tél: 0522 71 96 59	01/2/23	B. 500	550,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DEBUT D'EXECUTION [] FIN D'EXECUTION []														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DATE DU DEVIS [] DATE DE L'EXECUTION []														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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



Laboratoire Nafia D'analyses Médicales

Hématologie - Immunologie - Biochimie - Parasitologie - Bactériologie - Virologie

Docteur Rachida NAFIA

Spécialiste en Biologie Médicale

D.U. Qualité Biologie Médicale - Bordeaux

I N P E : 093061620



Dossier N° : 080223-042 Pvt du: 08/02/2023 9:38

Casablanca, le 08/02/2023

Compte rendu d'analyses

Nom : Mme EL MANOUNI Khadija Ep Ziad

Demandé par Dr : BENCHIKHI H

Page : 1/2

HEMATOLOGIE

Valeurs Usuelles

Antériorité

NUMERATION GLOBULAIRE

Erythrocytes	:	4,91 M/mm ³	(3,8 - 5,9)	5,41 (19/01/22)
Hémoglobine	:	13,40 g/dl	(11,5 - 17,5)	15,00 (19/01/22)
Hématocrite	:	38,80 %	(34 - 53)	45,10 (19/01/22)
VGM	:	79,02 fL	(76 - 96)	83,36 (19/01/22)
TCMH	:	27,29 pg	(24 - 34)	27,73 (19/01/22)
CCMH	:	34,54 g/dl	(31 - 36)	33,26 (19/01/22)
Leucocytes	:	8300 /mm ³	(3800 - 11000)	5710 (19/01/22)
Plaquettes	:	381 000 /mm ³	(150000 - 445000)	266 000 (19/01/22)

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles	:	60,3 % Soit 5004/mm ³	(1400 - 7700)	2889,0 (19/01/22)
Lymphocytes	:	28,7 % Soit 2382/mm ³	(1000 - 4800)	1730,0 (19/01/22)
Monocytes	:	7,3 % Soit 605/mm ³	(150 - 1000)	999,0 (19/01/22)
Polynucléaires Eosinophiles	:	2,7 % Soit 224/mm ³	(20 - 580)	29,0 (19/01/22)
Polynucléaires Basophiles	:	1 % Soit 83/mm ³	(Inférieur à 100)	63,0 (19/01/22)
Au total	:	100 % Soit 8300,00		

Vitesse de sédimentation

VS 1ère heure	:	76 mm	51 (09/03/21)
---------------	---	-------	---------------

L'accélération de la VS est dite :

- légère : < 30 mm / 1 ère H
- modérée : 30 - 50 mm / 1 ère H
- Importante : 50 - 100 mm / 1 ère H
- Très importante : > 100 mm / 1 ère H

Le Biologiste

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
NAFIA LAB
N° d'agrément : 0522 71 96 59
Casablanca

52, Bd. Houcine Soussi, Lot. nasr et Yamna Sidi Moumen Casablanca

52, شارع الحسين السوسي تجزئة النصر و يامنة، سيدي مومن، الدار البيضاء

Tél / Fax : 05 22 71 96 59 - E-mail : nafialab@gmail.com - IF : 55617379 - ICE : 001139223000067

Pr. H. BENCHIKHI

Dermatologie - Vénérologie

Ex Chef de service au CHU Ibn Rochd

Ex Enseignante à la Faculté de Médecine de Casablanca

أستاذة حكيمة بنشيكحي

الأمراض الجلدية و التناسلية

رئيسة سابقة لقسم أمراض الجلد بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

أستاذة سابقة بكلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le 3 Février 2023

Mme EL MANOUNI Khadija

- NFS-Plaquettes
- VS, CRP
- Transaminases
- Glycémie à jeun, Hb glyquée
- Urée
- Créatinémie

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES
NAFIALAB
N°27 Lotissement Nasr et Yamna,
Casablanca - Casablanca
TEL : 0522 71 66 59

Pr. H. BENCHIKHI
Dermatologie - Vénérologie
Angle Bd. 2 Mars et Rue Amsterdam
Casablanca - Tél.: +212 05 22 85 00 00

Spécialités

Dermato-Allergologie
Maladies Vénériennes
Dermatologie esthétique
Laser cutané

Cabinet privé

Résidence Amsterdam
Angle Bd 2 Mars et Rue Amsterdam
Casablanca (au-dessus de Mc Donald's)
☎ 05 22 85 00 00 / 05 22 80 02 02
I.C.E.: 001809642000021 - INPE : 091028167

Pr. H. BENCHIKHI

Dermatologie - Vénérologie

Ex Chef de service au CHU Ibn Rochd

Ex Enseignante à la Faculté de Médecine de Casablanca

أستاذة حكيمة بنشيكحي

الأمراض الجلدية و التناسلية

رئيسة سابقة لقسم أمراض الجلد بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

أستاذة سابقة بكلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le

03/02/2023

9^{me} EL HANOUSSA . Khadija
80.00

① 4200L 5mg 7.50 gelles B/28
1 cp le matin et le soir soit 145

② Préparation = Keruol emulsion 1FL
245.20 Dermolol gel 1FL

Stimobol lotion = 1FL

Appliquer sur tout le Corps 45 fois 155 puis
1 fl sous les 25 fois 155, le matin, ne pas
rincer.

③ Oeufes Longue Boite de 56 gelules

140.00 1 cp / le matin

461.80

Spécialités

Dermato-Allergologie
Maladies Vénériennes
Dermatologie esthétique
Laser cutané

Cabinet privé

Résidence Amsterdam
Angle Bd 2 Mars et Rue Amsterdam
Casablanca (au-dessus de Mc Donald's)
☎ 05 22 85 00 00 / 05 22 80 02 02
I.C.E.: 001809642000021 - INPE : 091028167



XYZALL® 5 mg, comprimé pelliculé

Dichlorhydrate de lévocétirizine

Boîtes de 14 ou de 28

Adultes et enfants à partir de 6 ans

Veillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que XYZALL 5 mg, comprimé pelliculé et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre XYZALL 5 mg, comprimé pelliculé ?
3. Comment prendre XYZALL 5 mg, comprimé pelliculé ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver XYZALL 5 mg, comprimé pelliculé ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. QU'EST-CE QUE XYZALL ? CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique :
de la pipérazine, code ATC :
Le dichlorhydrate de lévocétirizine
XYZALL est un médicament
XYZALL est indiqué pour le traitement
• la rhinite allergique (incluant la conjonctivite allergique)
• des démangeaisons et rougeurs

2. QUELLES SONT LES PRENDRE XYZALL 5 mg

Si votre médecin vous a prescrit XYZALL, contactez-le avant de prendre le médicament.
Ne prenez jamais XYZALL

- si vous êtes allergique (hypersensibilité) à la lévocétirizine, à l'hydroxyzine ou à tout autre médicament, mentionnés dans cette notice.
- si vous avez une maladie rénale ou une insuffisance de la clairance de la créatinine.

Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin.

Si vous êtes susceptible de développer une lésion de la moelle épinière, veuillez demander conseil à votre médecin.

Si vous souffrez d'épilepsie, demandez conseil à votre médecin en cas d'aggravation des crises.

Si vous avez prévu de faire des tests d'allergie, vous devez arrêter de prendre XYZALL plusieurs jours avant le test. Ce médicament peut affecter les résultats de vos tests d'allergie.



LOT 221040

EXP 04 2026

PPV 30 10



OEDES® 20 mg

Microgranules gastro-résistants en gélule (Oméprazole)

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.
Elle contient des informations importantes sur votre traitement et votre maladie.
Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

1. Identification du médicament :

Forme pharmaceutique et présentation :

OEDES® 20 mg, Microgranules gastro-résistants en gélules, boîtes de 7, 14, 28 et 56 gélules.

2. Composition du médicament :

Principe actifs :

Oméprazole 20 mg

EXCIPIENTS : q.s.p. une gélule.

Excipient à effet notoire : Saccharose.

3. Classe pharmaco-thérapeutique :

OEDES® 20 mg contient la substance active Oméprazole. Il appartient à la classe des médicaments appelés inhibiteurs de la pompe à protons. Il diminue la quantité d'acide produite par votre estomac.

4. Indications thérapeutiques

OEDES® 20 mg est utilisé pour traiter les affections suivantes :

Chez les adultes :

- le reflux gastro-œsophagien (RGO). L'acide de l'estomac remonte au niveau de l'œsophage (le tube qui relie la gorge à l'estomac) entraînant douleur, inflammation et brûlures.

- les ulcères de la partie haute de votre intestin (ulcère duodénal) ou de votre estomac (ulcère gastrique).

- les ulcères infectés par une bactérie appelée *Helicobacter pylori*. Dans ce cas, votre médecin peut également vous prescrire des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.

- les ulcères de l'estomac associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). OEDES® 20 mg peut aussi être utilisé pour la prévention de ceux-ci si vous prenez des AINS.

- un excès d'acide dans l'estomac dû à une grosseur au niveau du pancréas (syndrome de Zollinger-Ellison)

Chez les enfants :

- Enfants âgés de plus d'un an et avec un poids corporel ≥ 10 kg :

- le reflux gastro-œsophagien (RGO). L'acide de l'estomac remonte au niveau de l'œsophage (le tube qui relie la gorge à l'estomac) entraînant douleur, inflammation et brûlures.

- Les symptômes chez l'enfant peuvent comprendre des remontées dans la bouche du contenu de l'estomac (régurgitation), des vomissements et une prise de poids limitée.

Enfants âgés de plus de 4 ans et adolescents :

- les ulcères infectés par une bactérie appelée *Helicobacter pylori*. Dans ce cas, le médecin peut également prescrire à votre enfant des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.

5. Posologie, Mode et/ou voie(s) d'administration, Fréquence d'administration et Durée du traitement :

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

Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute. Votre médecin vous dira combien de gélules vous devez prendre et pendant combien de temps vous devez les prendre. Cela dépendra de votre état de santé et de votre âge.

Posologie :

Les doses recommandées sont mentionnées ci-dessous :

Utilisation chez les adultes :

Traitement des symptômes du reflux gastro-œsophagien tels que brûlures et régurgitation acide :

Si votre médecin constate que votre œsophage a été légèrement endommagé, la dose recommandée est de 20 mg une fois par jour pendant 4-8 semaines. Votre médecin peut vous faire demander de

gazeuse, un jus de fruit légèrement acide (jus d'orange, pomme ou ananas) ou dans de la compote de pomme.

- Toujours remuer juste avant de boire le mélange (le mélange ne sera pas homogène). Puis boire le mélange immédiatement ou dans les 30 minutes.

- Pour s'assurer que vous avez bu tout le médicament, bien rincer le verre avec un demi-verre d'eau et le boire. Les morceaux solides contiennent le médicament, ne pas les mâcher ni les croquer.

6. Contre-indications :

Ne prenez jamais OEDES® 20 mg, gélule :

- si vous êtes allergique à l'oméprazole ou à l'un des autres composants contenus dans OEDES® 20 mg.

- si vous êtes allergique à un autre inhibiteur de la pompe à protons (par exemple pantoprazole, lansoprazole, rabeprazole, esoméprazole).

- Si vous prenez un médicament contenant du nelfinavir (utilisé pour traiter l'infection par le VIH).

- Si vous êtes dans une des situations décrites ci-dessus, ne prenez pas OEDES® 20 mg, gélule gastro-résistante. Si vous avez des doutes, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre OEDES® 20 mg.

7. Effets indésirables :

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

Si vous remarquez un des effets indésirables suivants, ceux-ci étant rares mais sérieux, arrêtez de prendre OEDES® 20 mg et contactez immédiatement un médecin :

- Apparition soudaine d'une éruption cutanée, de la fièvre, de la perte de connaissance.

- Rougeurs

- Parfois, les brûlures

- saignent au

- des parties

- Stevens-Johns

- Jaunisse, u

- d'une maladie

- Les autres effe

- Effets indési

- personne sur

- Maux de tête

- Effets sur l

- constipation, fi

- Nausées ou

- Polypes b

- Effets indési

- personne sur

- Gonflement

- Troubles d

- Écloussisse

- Vertiges.

- Modifications

- fonctionnemen

- Éruptions cu

- Malaise gé

- Effets indési

- sur 1000)

- Troubles sa

- blancs ou d

- faiblesse, des

- Réactions al

- des lèvres, de la

- sillante.

- Diminution d

- Provoquant, confu

- sion ou dépressi

- Agitation, confu

- du goût.

- Troubles de la

- vue, tels que visu

- trouble.

- Respiration siffl

- ante ou souffle cou

- (brunchoasme)

- Vous avez des selles noires (ténites de sang).

- Vous souffrez de diarrhée sévère ou persistante, car l'oméprazole a été associé à une faible augmentation de diarrhées infectieuses.

- Si vous avez des problèmes hépatiques sévères.

- Si vous êtes déjà arrivé de développer une réaction cutanée après un traitement par un médicament similaire à OEDES® qui réduit l'acide de l'estomac.

- Vous devez effectuer un examen sanguin spécifique (Chromogranine A).

Si vous prenez OEDES® 20 mg au long-cours (durée supérieure à un an), votre médecin vous surveillera probablement de façon régulière. Vous devez définir précisément tous les symptômes et événements nouveaux ou exceptionnels quand vous voyez votre médecin.

La prise d'un inhibiteur de la pompe à protons tel que OEDES® 20 mg, gélule gastro-résistante, en particulier sur une période supérieure à un an, peut légèrement augmenter le risque de fracture de la hanche, du poignet ou des vertèbres. Prévenez votre médecin si vous souffrez d'ostéoporose ou si vous prenez des corticoïdes (qui peuvent augmenter le risque d'ostéoporose).

Si vous avez une éruption sur la peau, en particulier au niveau des zones exposées au soleil, prévenez votre médecin dès que possible, car vous devrez peut-être arrêter votre traitement avec OEDES® 20 mg. N'oubliez pas de mentionner également tout autre effet indésirable tel que des douleurs dans vos articulations.

Enfants :

Certains enfants atteints d'une maladie chronique peuvent être atteints d'effets indésirables plus graves que les autres.

PPV (DH) :

LOT N° :

UT.AV. :

LOT: 211541
PER: 05-2024
PPV: 140,00DH

- Clopidogrel (utilisé pour prévenir les caillots de sang (thrombus)).

- Ertinib (utilisé dans le traitement du cancer).

- Méthotrexate (médicament utilisé en chimiothérapie à forte dose dans le traitement du cancer).

LABORATOIRE NAFIA D'ANALYSES MEDICALES

N° 27 Lotissement Nasr Et Yamna Sidi Moumen

Tél : 05 22 71 96 59

INPE : 093061620



093061620

Facture

N° facture : 2023-04079

Edité le : 25/04/2023

Patient : Mme EL MANOÛNI Khadija Ep Ziad

Date prélèvement : 08/02/2023

Designation Acte	Cotation
Transaminases GOT (ASAT)	50
Transaminases GPT (ALAT)	50
NUMERATION GLOBULAIRE	80
Vitesse de sédimentation	30
Glycémie à jeun	30
Hémoglobine glycosylée	100
Urée	30
Créatinine	30
Protéine C Réactive (CRP)	100

Nombre B	500,00
Total	550,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cinq cent cinquante dirhams***

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
NAFIALAB
N°27 Lotissement Nasr et Yamna
Sidi Moumen-Casablanca
Tél: 0522 71 96 59



Laboratoire Nafia D'analyses Médicales

Hématologie - Immunologie - Biochimie - Parasitologie - Bactériologie - Virologie

Docteur Rachida NAFIA

Spécialiste en Biologie Médicale

D.U. Qualité Biologie Médicale - Bordeaux

Mme EL MANOUNI Khadija Ep Ziad

Dossier N° : 080223-042

Page : 2/2

BIOCHIMIE

			Valeurs Usuelles	Antériorité
Glycémie à jeun	:	1,97 g/L 10,84 mmol/l	(0,7 - 1,1) (3,85 - 6,05)	1,52 (19/01/22)
Hémoglobine glycosylée	:	9,6 %	(4 - 6)	9,4 (19/01/22)
Technique HPLC-Tosoh				
le diabète est :				
* bien équilibré < 6,5 %				
* moyennement équilibré entre 6,5 et 7,5 %				
* mal équilibré au-delà de 8 %				
Urée	:	0,25 g/L 4,17 mmol/L	(0,1 - 0,5) (1,67 - 8,33)	0,30 (19/01/22)
Créatinine	:	8,32 mg/L 73,55 umol/L	(4,7 - 11) (41,54 - 97,24)	8,73 (19/01/22)
Protéine C Réactive (CRP)	:	8,20 mg/L	(Inférieur à 6)	15,20 (19/01/22)
(Technique : Turbidimétrie)				

ENZYMOLOGIE

			Valeurs Usuelles	Antériorité
Transaminases GOT (ASAT)	:	31,00 UI/L	(Inférieur à 35)	27 (30/03/16)
Transaminases GPT (ALAT)	:	38,00 UI/L	(Inférieur à 35)	33 (30/03/16)

Nous vous remercions de votre confiance

Le Biologiste

52, Bd. Houcine Soussi, Lot. nasr et Yamna Sidi Moumen Casablanca.

52, شارع الحسين السوسي تجزئة النصر و يامنة، سيدي مومن، الدار البيضاء

Tél / Fax : 05 22 71 96 59 - E-mail : nafialab@gmail.com - IF : 55617379 - ICE : 001139223000067

* RAPPORT D'ANALYSE *

2023/02/08 09:06

TOSOH

V01.20

NO: 0016 TB 0002 - 06

ID: 1080223042

CAL(N) = 1.1621X + 0.4933

TP 1008

NOM	%	TEMPS	AIRE
FP	0.0	0.00	0.00
A1A	0.4	0.25	7.74
A1B	0.8	0.34	13.64
F	0.6	0.47	0.73
LA1C+	3.2	0.57	54.66
SA1C	9.6	0.71	135.74
AO	87.2	1.05	1511.85
AIRE TOTALE			1733.34

HbA1c 9.6%

HbA1 10.8 % HbF 0.6 %
0% 15%

