

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.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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



Déclaration de Maladie

M22- 0008416

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1991 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ANRI FATHA
Date de naissance : 20-3-52
Adresse : Hasi Tette
Tél. : 0661314567 Total des frais engagés : 7140,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22 AOUT 2023
Nom et prénom du malade : FATHA ANRI Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection longue durée + DM2
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : 4/9/2023
Signature de l'adhérent(e) :

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
22 AOUT 2023	lu		G	Dr. Filal

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DALAL 24, Bis, des Verreries Oasis - Casablanca Tel: 05 22 99 27 54	22/08/23	4030,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE RADIOLOGIQUE FMS KIL RADIOLOGISTE Tel: 05 22 86 03 3	01/08/23	B2A40	2810Dh

AUXILIAIRES MEDICAUX

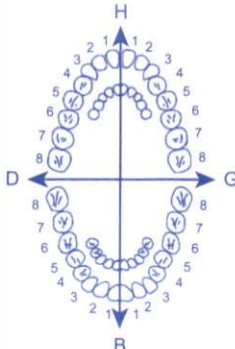
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ODF.

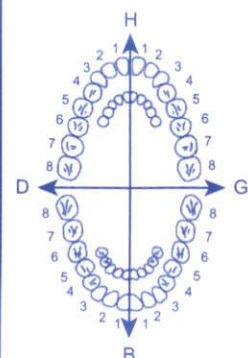
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		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

Docteur Wafaa CHAFIQ-FILALI

Spécialiste en Endocrinologie
et Maladies Métaboliques

Diabète - Cholesterol - Obésité - Goitre

Perturbations Hormonales

Ménopause - Andrologie

Sur Rendez-Vous

22/08/2023

الطبيبة وفاء شافيق فلاحي

اختصاصية في أمراض الغدد

وداء السكري والكوليسترول

علاج السمنة وأمراض الغدة الدرقية

الاضطرابات الهرمونية

بالموعد

الدار البيضاء، في Casablanca, le

AMRI VV EL MASRI FATIHA

24.140x7
37.50 + 22
21.120x8
45.30x7
307.100x7
• **Levothyrox 100 µg**

1 Comprimé, matin, pendant 6MOIS

• **Hydrocortisone rousssel 10 mg**

1CP MATIN ET 1/2 CP A 12H ET 1CP 20H X 6MOIS

• **Deroxat 20 mg**

1 Comprimé, / 2JOURS X pendant 6MOIS

• **Ventoline hfa 134 a 100 µcg / dose**

1 dose, 3X/J X 6MOIS

• **Singulair 10 mg**

1 Comprimé, soir, pendant 6MOIS

51 ، شارع رجال المسكيني - إقامة الصفار رقم 19 - الدار البيضاء

51, Bd. Rahal El Meskini - Résidence ESSAFA N° 19 - CASABLANCA

Téléphone: 05.22.54.02.60 / 05.22.44.31.77 / الهاتف / Whatsapp: 06 82 51 89 93

E-mail : cab.endocrino.dr.wchafiqfilali@gmail.com

MERCK

نشرة: معلومات الاستعمال

ليفوتيروكس[®] قرص قابل للقطع

ليفوتيروكسين صودي، عن طريق الفم

يجب قراءة هذه النشرة بكاملها بانتباه قبل استعمال هذا الدواء. لأنها

- احتفظ بهذه النشرة، فقد تحتاج لقراءتها من جديد
 - إذا كانت لديك أسئلة أخرى، اسأل طبيبك أو صيدليك
 - وصف لك هذا الدواء شخصيا، لا تعطيه لأحد سواك، حتى ولو كانت لديه نفس الأعراض التي لديك، لأن ذلك قد يسبب له الضرر.
 - إذا كنت تواجه أي آثار جانبية، تحدث مع طبيبك أو صيدليك. وهذا ينطبق أيضا على أي من الآثار الجانبية الممنوعة
- انظر الفقرة 4

تحتوي هذه النشرة:

- 1 - ماهو ليفوتيروكس قرص قابل للقطع وما هي حالات استعماله؟
- 2 - ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل استعمال ليفوتيروكس قرص قابل للقطع؟
- 3 - ما هي طريقة استعمال ليفوتيروكس قرص قابل للقطع؟
- 4 - ما هي التأثيرات غير المرغوبة المحتملة؟
- 5 - ما هي طريقة حفظ ليفوتيروكس قرص قابل للقطع؟
- 6 - محتويات العبوة ومعلومات أخرى

1- ماهو ليفوتيروكس قرص قابل للقطع وما هي حالات استعماله؟

الصف الصيدلاني العلاجي

هذا الدواء هرمونة درقية

دواعي الاستعمال



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



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

فترة الحمل.

الاشتراك بين ليفوتيروكس و
فرط التدرق لا يشار إليه خلا
ليفوتيروكس بجناس قليلا جدا
الغدة الدرقية تجتازها بسهولة
حدوث قصور الغدة الدرقية عند
الرضاعة الطبيعية هي ممكنة خ
قصور الغدة الدرقية أو فر
وينبغي تكيف علاج قصور ا
على أساس المراقبة البيولوج
يحسن قصور الغدة الدرقية و
فرط التدرق.

أثار على القدرة على قيادة المركبات و استخدام الآلات

ليفوتيروكس ليس لديه أي أثار على قيادة المركبات و استخدام الآلات

DEROXAT

paroxétine (sous forme de chlorhydrate de paroxétine hémihydraté)

20 mg

comprimé
sécable

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament. 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 à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que DEROXAT 20 mg, comprimé pelliculé sécable et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre DEROXAT 20 mg, comprimé pelliculé sécable ?
3. Comment prendre DEROXAT 20 mg, comprimé pelliculé sécable ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver DEROXAT 20 mg, comprimé pelliculé sécable ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. QU'EST-CE QUE DEROXAT 20 mg, comprimé pelliculé sécable ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : antidépresseur - Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine - code ATC : N06 AB 05

DEROXAT 20 mg, comprimé pelliculé sécable est un traitement destiné aux adultes souffrant de dépression et/ou de troubles anxieux.

Les troubles anxieux dans lesquels DEROXAT 20 mg, comprimé pelliculé sécable peut être prescrit sont les suivants :

- troubles obsessionnels compulsifs (pensées répétitives, obsessionnelles avec ou sans compulsions)
- trouble panique (attaques de panique, y compris celles causées par la peur)
- trouble anxieux social (peur ou rejet de situations où vous devez être en contact avec d'autres personnes)
- état de stress post-traumatique (anxiété causée par un événement traumatique)
- anxiété généralisée.

DEROXAT 20 mg, comprimé pelliculé sécable appartient à la classe des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS). Le mécanisme d'action de DEROXAT 20 mg, comprimé pelliculé sécable et des autres ISRS n'est pas complètement connu, mais il agit sur la sérotonine dans le cerveau. Bien traiter votre dépression ou votre trouble anxieux peut vous aider à vous sentir mieux.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE DEROXAT 20 mg, comprimé pelliculé sécable ?

Ne prenez jamais DEROXAT 20 mg, comprimé pelliculé sécable :

- si vous prenez ou avez pris au cours des 2 dernières semaines un médicament contenant de la monoamine oxydase (incluant le moclobémide et le chlorhydrate de méthylène). Votre médecin vous dira comment débuter le traitement et quand vous aurez arrêté le traitement par IMAO.
- si vous prenez un anti-psychotique appelé thioridazine ou un anti-psychotique appelé pimozide.
- si vous êtes allergique à la paroxétine ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament (mentionnés à la rubrique 6).

Si vous êtes concerné par l'un de ces points, ne prenez pas DEROXAT 20 mg, comprimé pelliculé sécable et informez-en votre médecin.

Avertissements et précautions

Ne prenez pas DEROXAT 20 mg, comprimé pelliculé sécable si vous êtes atteint d'une maladie cardiaque, d'une maladie hépatique ou d'une maladie rénale. Ne prenez pas DEROXAT 20 mg, comprimé pelliculé sécable si vous êtes atteint d'une maladie du système nerveux, d'une maladie du système endocrinien ou d'une maladie du système immunitaire.

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 83,70 DH
ID: 650661
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 83,70 DH
ID: 650661
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 83,70 DH
ID: 650661
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 83,70 DH
ID: 650661
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 83,70 DH
ID: 651661
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 83,70 DH
ID: 651886
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 83,70 DH
ID: 651886
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 83,70 DH
ID: 651661
6 118001 140237

SINGULAIR® 10 mg, comprimé pelliculé Montelukast

**Veuillez
de pre
inform**

• G
re
• Si
n
Ce
Ne la donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur
être
ide
• Si
pa
s'a
m



SINGULAIR® 10 mg.
Montelukast sodique.
Boîte de 28 comprimés pelliculés.
DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 307,00 DH
AMM 206DMP/21/NCI



SINGULAIR® 10 mg.
Montelukast sodique.
Boîte de 28 comprimés pelliculés.
DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 307,00 DH
AMM 206DMP/21/NCI

notice avan

soin
votre

nt pres
ie sont

sirable,
icien. C
ne sera
4.



SINGULAIR® 10 mg.
Montelukast sodique.
Boîte de 28 comprimés pelliculés.
DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 307,00 DH
AMM 206DMP/21/NCI



SINGULAIR® 10 mg.
Montelukast sodique.
Boîte de 28 comprimés pelliculés.
DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 307,00 DH
AMM 206DMP/21/NCI

Quand SINGULAIR doit-il être utilisé ?

Votre médecin vous a prescrit SINGULAIR pour le traitement de votre asthme, pour prévenir les symptômes d'asthme le jour et la nuit.

- SINGULAIR est indiqué chez les adultes et adolescents de 15 ans et plus insuffisamment contrôlés par leur traitement et qui nécessitent l'ajout d'un traitement complémentaire. SINGULAIR est également indiqué en traitement préventif

me déclenchés par l'effort.
nts asthmatiques traités par
sthme, SINGULAIR peut en même
ulagement symptomatique de la
nnière.
comment SINGULAIR doit être utilisé
s et de la sévérité de votre asthme.

Qu'est-ce que l'asthme ?

long cours.
en raison du rétrécissement des
icissement des voies aériennes
réaction à différentes circonstances,
ibles qui réagissent à différents
fumée de cigarette, le pollen,

Que co

1. Qu'est-ce que SINGULAIR 10 mg, comprimé pelliculé



SINGULAIR® 10 mg.
Montelukast sodique.
Boîte de 28 comprimés pelliculés.
DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 307,00 DH
AMM 206DMP/21/NCI

avant de prendre

nprimé pelliculé ?
ils ?
mprimé pelliculé ?
ations.



1. QU'EST-CE QUE SINGULAIR 10 mg, comprimé pelliculé ?
Class
Qu'e
SINGI
qui bl
Comi
Les lei
des vo
égaler
leucot
contri
symp
le nor

SINGULAIR® 10 mg.
Montelukast sodique.
Boîte de 28 comprimés pelliculés.
DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 307,00 DH
AMM 206DMP/21/NCI

**g, comprimé
T-IL UTILISE ?**
03DC03

aux leucotriènes
ies.

et un oedème
ant les
ies de l'asthme,
iorer les
lement sous
e saisonnière).



SINGULAIR® 10 mg.
Montelukast sodique.
Boîte de 28 comprimés pelliculés.
DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 307,00 DH
AMM 206DMP/21/NCI

- un gonflement (une inflammation) de la muqueuse des voies aériennes.

Les symptômes de l'asthme comprennent : toux, sifflement et gêne thoracique.

Qu'est-ce que l'allergie saisonnière ?

L'allergie saisonnière (connue également sous le nom de rhume des foins ou rhinite allergique saisonnière) est une réponse allergique souvent provoquée par les pollens des arbres, des pelouses et des herbes transportés par l'air. Les symptômes des allergies saisonnières peuvent généralement comprendre : un nez bouché, qui coule, qui pique ; des éternuements ; des yeux larmoyants, gonflés, rouges, qui piquent.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE SINGULAIR 10 mg, comprimé pelliculé ?

Informez votre médecin en cas de problèmes médicaux ou d'allergies que vous présentez ou avez présentés.

Ne prenez jamais SINGULAIR 10 mg, comprimé pelliculé :

- si vous êtes allergique au montelukast ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6.

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR



Ventoline

mmes/dose,
con pressurisé

Lot L 98 Y
EXP 11 2024
PPV 45, 30 DH

FB2S
09 2024
45, 30 DH

Lot
EXP
PPV

our vous.

dicament car elle contient des

vous pourriez avoir besoin de la relire.

avez d'autres questions,

interrogez votre médecin ou votre pharmacien.

personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes.

ême si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.

que effet indésirable, qu'il soit mentionné ou non dans cette

decin ou votre pharmacien. Voir rubrique 4.

Lot FB2S
EXP 09 2024
PPV 45, 30 DH

microgrammes/dose, suspension pour inhalation en flacon

est-il utilisé ?

connaître avant d'utiliser VENTOLINE 100 microgrammes/dose,
flacon pressurisé ?

100 microgrammes/dose, suspension pour inhalation en flacon

les éventuels ?

NE 100 microgrammes/dose, suspension pour inhalation en flacon

Lot FM9S
EXP 09 2024
PPV 45, 30 DH

6. Cont

autres informations.

INE 100 microgrammes/dose, suspension pour inhalation en flacon

S CAS EST-IL UTILISÉ ?

e : Bronchodilatateur Bêta-2 mimétique à action rapide et de courte
tème Respiratoire) - code ATC : R03AC02

ta-2 mimétique : le salbutamol.

C'est un

augmente le calibre des bronches) à action rapide (il agit en quelques
6 heures) qui s'administre par voie inhalée (en l'inspirant par

Lot HD2H
EXP 10 2024
PPV 45, 30 DH

sthme ou pour soulager une gêne respiratoire au cours de la
ines maladies des bronches.

crit en traitement préventif de l'asthme déclenché par l'effort.

Si vous avez de l'asthme

fonction de sa sévérité, votre médecin peut prescrire Ventoline seul ou
nt de fond continu par un ou plusieurs autres médicaments, comme les

Lot LV4Y
EXP 11 2024
PPV 45, 30 DH

et vous être prescrit à l'occasion de certains tests respiratoires
(respiratoires).

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER

VENTOLINE 100 microgrammes/dose, suspension pour inhalation en flacon pressurisé ?

Ventoline 100 microgrammes/dose, suspension pour inhalation en flacon

Docteur Wafaa CHAFIQ-FILALI

Spécialiste en Endocrinologie
et Maladies Métaboliques

Diabète • Cholestérol • Obésité • Goitre
Perturbations Hormonales
Ménopause • Andrologie

Sur Rendez-Vous

الطبيبة وفاء شافيق فلاحي

اختصاصية في أمراض الغدد
وداء السكري والكوليسترول

علاج السمنة و أمراض الغدة الدرقية
الاضطرابات الهرمونية

بالموعد

Casablanca, le

07/08/2023

في الدار البيضاء،

U AMRI W CHAFIQ FILALI TARIMA

- ☒ Glycémie à jeun
☐ Glycémie Post-Prandiale
(2 heures après le repas)

☒ Hémoglobine glyquée (Hb A1 C)

☐ Fructosamine

☒ Triglycérides

☒ Cholestérol total

HDL

LDL

☐ Urée

☒ Créatinine

☐ Microalbuminurie sur les urines de 24h

☐ ECU

☒ TGO/TGP/GGT

☐ Sérologie Hépatite B et C

☒ NFS

☐ VS

☒ CRP

☒ Urémie

☒ Fer Serique

☒ Ferritine

☒ Calcémie

☐ Vitamine D2 / D3

☐ PSA

☐ Clairance de la Créatinine

☒ TSH U-S

☒ T4 L

☐ T3 L

☐ Anticorps anti TPO

☐ Anticorps anti récepteurs TSH

☐ Cortisol libre Urinaire

☒ Cortisolémie

-8h.....

-16h.....

☐ Prolactinémie à -10h.....

☐ FSH

☐ LH

☐ IGF 1

☐ Anticorps anti gliadine

antiendomysium

☐ Testosteronémie

☐ 17 OH Progestérone

☐ Dérivés Methoxylées

Dr. W. CHAFIQ-FILALI
ENDOCRINOLOGUE DIABÉTOLOGUE
51, Bd. Rahal El Meskini
Casablanca - Tél: 05 22 44 31 77

51, شارع رجال المسكيني - إقامة الصفار رقم 19 - الدار البيضاء
51, Bd. Rahal El Meskini - Résidence ESSAFA N° 19 - CASABLANCA
Téléphone : 05.22.54.02.60 / 05.22.44.31.77 / الهاتف / Whatsapp : 06 82 51 89 93



FACTURE N° 2303070008

Mme Fatiha AMRI EP EL MASRI

Demande N° 2303070008

Date de l'examen : 07-08-2023

Analyses :

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Vel	Cle/s
PSAD	Prélèvement sang adulte	E25	E
	Al AT (transaminase TGP)	B50	B
	ASAT (transaminase TGO)	B50	B
	Cholestérol	B50	B
	Calcium	B50	B
	Créatinine	B50	B
	CRP us	B100	B
	Fer	B60	B
	G.G.T.	B50	B
	HLA1c	B100	B
	Triglycérides	B50	B
	Vitamine D 25 -OH (D2+D3)	B450	B
	Cortisol 8h	B250	B
	LDL Dosage direct	B50	B
	Glycémie à jeun	B50	B
	TSHus	B200	B
	T4Libre	B200	B
	Ferritine	B250	B
	Acide Urrique	B50	B
	NI	B50	B
	Cholestérol HDL	B50	B

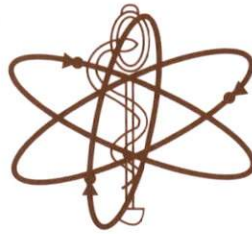
Total des B : 2140

TOTAL DOSSIER : 2810 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux mille huit cent dix dirhams DH

**Il est Strictement Interdit de Changer les Noms,
Prénoms et les Dates des Analyses.**





Mme Fatiha AMRI EP EL MASRI
Né(e) le : 20-03-1952
Dossier N° : 2308070008
Date de l'examen : 07-08-2023
Prélevé le : 07-08-2023 08:01 en interne
Edité le : 09-08-2023

DR : WAFAA CHAFIQ FILALI
Adresse : 51 BD RAHAL EL MESKINI CASABLANCA

Page 1 / 3



ACCREDITATION
N° 8 3245
Portée disponible sur
www.cofrac.fr

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].

HEMATOCYTOLOGIE

Hémogramme

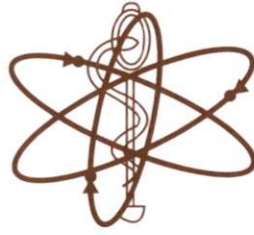
Cytométrie de flux sur ABX Pentra (échantillon primaire : sang total EDTA)

			17-01-2023
Leucocytes [AC]	10.50	milliers/ μ l (4.00-10.00)	11.40
Hématies : [AC]	4.78	millions/ μ l (3.80-5.80)	4.78
Hémoglobine : [AC]	12.7	grs/dL (11.5-16.0)	12.8
Hématocrite : [AC]	39.5	% (37.0-47.0)	40.1
VGM : [AC]	83.0	μ 3 (80.0-100.0)	84.0
TCMH : [AC]	26.6	pg (27.0-32.0)	26.7
CCMH : [AC]	32.1	g/dl (32.0-36.0)	31.8
RDW : [AC]	18.3	% (11.0-16.0)	18.0
Polynucléaires Neutrophiles :	59.9	%	64.1
Soit:	6.29	milliers/mm ³ (2.00-7.50)	7.31
Polynucléaires Eosinophiles :	1.8	%	2.5
Soit:	0.19	milliers/mm ³ (0.00-0.50)	0.29
Polynucléaires Basophiles :	0.6	%	0.8
Soit:	0.06	milliers/mm ³ (0.00-0.20)	0.09
Lymphocytes :	30.1	%	26.3
Soit:	3.16	milliers/mm ³ (1.00-4.00)	3.00
Monocytes :	7.6	%	6.3
Soit:	0.80	milliers/mm ³ (0.20-1.00)	0.72
Plaquettes : [AC]	350	(150-500)	345

BIOCHIMIE SANGUINE

			17-01-2023
Glycémie à jeun [AC]	0.76	g/l (0.74-1.09)	0.89
(Enzymatique HK/G6PDH- Cobas 6000® Roche)	4.22	mmol/l (4.11-6.05)	
			17-01-2023
Créatinine [AC]	6.5	mg/l (5.0-9.0)	6.0
(Jaffé, Colorimétrie Cinétique- Cobas 6000® Roche)	57.5	μ mol/l (44.3-79.7)	
			17-01-2023
Acide Urique [AC]	49	mg/l (24-57)	50
(Colorimétrie enzymatique Uricase/PAP - Cobas 6000® Roche)	291.6	μ mol/l (142.8-339.2)	





Mme Fatiha AMRI EP EL MASRI

Né(e) le : 20-03-1952

Dossier N° : 2308070008

Date de l'examen : 07-08-2023

Prélevé le : 07-08-2023 08:01 en interne

Edité le : 09-08-2023

DR : WAFAA CHAFIQ FILALI

Adresse : 51 BD RAHAL EL MESKINI CASABLANCA

Page 2 / 3



ACCREDITATION
N° 8 3245
Portée disponible sur
www.cofrac.fr

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].

Cholestérol total [AC]
(Colorimétrie Enzymatique – Cobas 6000® Roche)

1.76 g/l (<2.00)
4.55 mmol/l (<5.17)

17-01-2023
1.78

HDL-Cholestérol [AC]
(Enzymatique Colorimétrie Cobas 6000® Roche)

0.64 g/l (>0.65)
1.66 mmol/l (>1.68)

17-01-2023
0.63

LDL-Cholestérol (direct) [AC]
(Enzymatique Colorimétrie – Cobas 6000® Roche)

0.98 g/L (<1.55)
2.53 mmol/L (<4.01)

17-01-2023
1.06

Les valeurs suivantes représentent les taux chez l'adulte en terme de risque de maladie coronarienne :

- Faible: <1.29 g/L (2.59 mmol/L)
- Intermédiaire: 1.30 à 1.59 g/L (3.35 à 4.12 mmol/L)
- Elevé: 1.60 à 1.89 g/L (4.13 à 4.92 mmol/L)
- Très élevé: >1.90 g/L (>4.92 mmol/L)

Triglycérides [AC]
(GPO/PAP – Cobas 6000® Roche)
HBA1c
(Automate HLC-723G8 /HPLC)

1.14 g/l (<1.50)
1.29 mmol/l (<1.70)
6.1 % (4.0–6.0)

17-01-2023
1.19

Ferritine [AC]
(ECLIA– COBAS 6000® Roche)

18.5 ng/mL (13.0–150.0)

17-01-2023
35.2

CRP.us [AC]
(Immunoturbidimétrie – Cobas 6000® Roche)

8.2 mg/L (<5.0)

17-01-2023
15.5

Fer [AC]
(Colorimétrie FerroZine– Cobas 6000® – Roche)

69.2 µg/dl (37.0–145.0)
12.4 µmol/l (6.6–26.0)

17-01-2023
55.8

IONOGRAMME SANGUIN

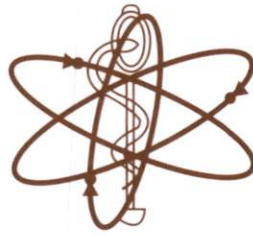
Echantillon primaire : plasma hépariné

Calcium [AC]
(5-Nitro 5-méthyl-BAPTA Cobas 6000® Roche)

89 mg/l (88–102)
2.22 mmol/l (2.20–2.54)

17-01-2023
93





Mme Fatiha AMRI EP EL MASRI
Né(e) le : 20-03-1952
Dossier N° : 2308070008
Date de l'examen : 07-08-2023
Prélevé le : 07-08-2023 08:01 en interne
Edité le : 09-08-2023

DR : WAFAA CHAFIQ FILALI
Adresse : 51 BD RAHAL EL MESKINI CASABLANCA

Page 3 / 3



ACCREDITATION
N° 8 3245
Portée disponible sur
www.cofrac.fr

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].

ENZYMOLOGIE

Transaminases GOT (ASAT) [AC] (IFCC, sans PYP- Cobas 6000® Roche)	14 UI/L	(<32)	17-01-2023 16
Transaminases GPT (ALAT) [AC] (IFCC, sans PYP Cobas 6000® Roche)	10 UI/L	(<33)	17-01-2023 9
G.G.T [AC] (Colorimétrie Enzymatique IFCC- Cobas 6000® Roche)	17 UI/L	(<36)	17-01-2023 15

BILAN THYROIDIEN

Echantillon primaire : Sérum

TSHus [AC] (ECLIA - COBAS 6000® Roche)	2.29 µUI/ml	(0.27-4.20)	17-01-2023 3.59
T4 L [AC] (ECLIA - COBAS 6000® Roche)	11.19 pg/ml 14.40 pmol/l	(9.94-15.84) (12.79-20.39)	17-01-2023 11.47

BILAN SURRENALIEN

Cortisol 8h [AC] (ECLIA - COBAS 6000® Roche)	34 nmol/L 12 µg/L	(171-536) (62-194)	19-01-2023 53
--	----------------------	-----------------------	------------------

VITAMINOLOGIE

échantillon primaire : sérum

25-OH-Vitamine D (D2+D3) ((Chimiluminescence - COBAS 6000® Roche)) Insuffisance en vitamine D : Entre 47.5 à 72.5 nmol/l (19 à 29 ng/ml) Carence en vitamine D : < 50 nmol/l (< 20 ng/ml)	93.6 nmol/l 37.4 ng/ml	(>75.0) (>30.0)	18-01-2023 168.2
---	---------------------------	--------------------	---------------------

