

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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



Déclaration de Maladie

W21-852067

203788

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1157

Société :

Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

HAMAYED EL MILI RAFIK

Date de naissance :

27/08/1939

Adresse :

11 Rue de la Mer Baltique
Am Diab - Casablanca

Tél. :

0645 315 315

Total des frais engagés :

105,06 EUROS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

...../...../.....

Nom et prénom du malade :

Age:.....

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 29/04/2024

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
	ORDONNANCE	Ph MESSAS	Hôpital Européen Georges Pompidou	
		date 08/04/2024		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Analyses effectuées	Paris 12 ^e	Laboratoire Leclerc Belin	
	date 15/03/2024 (ajusté)		

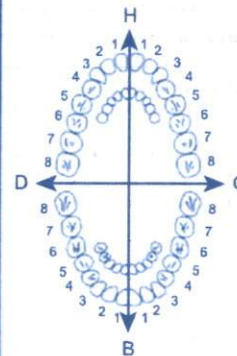
+ Facture acquittée de 95,03 Euros

AUXILIAIRES MEDICAUX

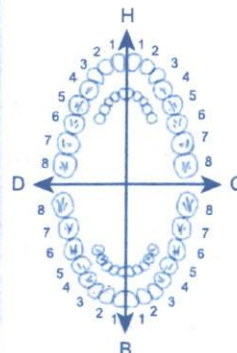
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IMf	IV	
						+10,03 Euros

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



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	Montant des Honoraires
--	------------------------

MONTANT DES SOIN

DEBUT D'EXECUTIO

FIN D'EXECUTIO

COEFFICIENT DES TRAVA

MONTANT DES SOIN

DATE DL DEVIS

DATE DE L'EXECUTIO

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC



Hôpital européen Georges-Pompidou

20, rue Leblanc
75908 PARIS Cedex 15

Tél. : 01 56 09 20 00

Pôle Cardio-Vasculaire

Professeur Emmanuel MESSAS

Professeur des Universités

Cardiologue – FACC, FESC

Past Research fellow Harvard Medical School

e-mail : emmanuel.messas@aphp.fr

Secrétariat : 01.56.09.53.36

Fax : 01.56.09.55.11

e-mail : angela.rocha@aphp.fr

ASSISTANCE PUBLIQUE  HÔPITAUX DE PARIS

HAMAYED RAFIK

ORDONNANCE

Prescriptions en rapport avec l'ALD

Affection Exonérante

NFS, VS ; Plaquettes, CRP

Iono sang, urée, Créat,

CPK, TROPONINE, LDH, BNP

Cholestérol total, LDL, HDL,

Triglycérides

Glycémie à jeun, Hb glyquée

T3- T4 – TSH

LP(a)

HAMAYED EL MILI Ra

07-08-1939 M



K2403150062

Ordonnance

Paris, le 08 mars 2024

SERVICE DE MÉDECINE VASCULAIRE
Hôpital Européen Georges Pompidou
Professeur Emmanuel MESSAS
20 rue Leblanc 75908 Paris Cedex 15
Secrétariat : 01 56 09 53 36 Fax 01 56 09 55 11
m.vasculaire@aphp.fr
nos 10003744793 MESSAS 750803447

Professeur Emmanuel MESSAS

N° 11103*02

Joindre à cette feuille la prescription des actes

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

Numéro d'immatriculation

739089908132307

Nom - Prénom

HAMAYED EL MILI Rafik

(suivi, s'il y a lieu,
du nom d'usage)

ADRESSE

84 RUE DE CHARONNE

75011 PARIS 11

CODE ORGANISME AFFILIATION

Nom et Adresse
de l'organisme
de paiement

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

S'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

OUI Date

X NON

CODE ORGANISME COMPLEMENTAIRE

Nom et Adresse
de l'organisme
complémentaire

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

NOM

Prénom

Date de naissance

PARTIE RESERVEE AU LABORATOIRE

IDENTIFICATION DU LABORATOIRE

LBM SELAS LCD SITE LEDRU ROLLIN

30 LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
88 AV LEDRU ROLLIN
SELAS

CONVENTIONNE

75012 PARIS

=> 75 3 70119 2 001 110 30

CAB. CONV. Z.ISD IK SPEC

NOM - Prénom - Qualité ACTES RESERVES
(du directeur ou du directeur adjoint autorisé à les effectuer)

PRESCRIPTEUR : NOM et N°

HOPITAL EUROPEEN GEORGES POMPIDOU

750803447

Nom et qualité de l'exécutant des actes de prélèvement

X MALADIE MATERNITE ACCIDENT DU TRAVAIL/MALADIE PROFESSIONNELLE

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

ACTES DE PRELEVEMENT

Date d'exécution des actes	Cotation des actes suivant nomenclature 1	Montant des actes 2	Majorations (nuit, dimanche jour férié) 3	Montant du dépassem. (D.E.) 4	Montant total des actes de prélèvement 5(2+3+4)	I.F. ou I.F.D. 6	I.D. 7	I.K. Nombre 8	Montant 9	Dépassement D.D. 10	Total des frais de déplacement 11
15-03-2024	TB 1.5	3.78	0.00	0.00	3.78		0.00	0	0.00		0.00

FRAIS ACCESSOIRES

ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE

ACTES EFFECTUES	Remboursement inférieur à 100 %	Remboursement à 100 %	Montant des actes hors nomenclature	Montant des actes effectués y compris les suppléments 12	Montant du dépassement D.E. 13
9105(B5) + 1520(B6) + 9914(B14)	25	0	0.00	6.25	
				TOTAL * (5+11+12+13)	
				10.03	€
				Part organisme obligatoire	
				0.00	Part assuré
				0.00	Part organisme complémentaire
Suppléments nuit, dimanche et jour férié				0.00	10.03
TOTAL DES COEFFICIENTS				Date de la prescription	Date d'exécution des examens
NOM et N° du laboratoire transmetteur (à indiquer par le laboratoire exécutant)				08-03-2024	15-03-2024

REMBOURSEMENT

AU LABORATOIRE

Cachet « tiers payant »

BIG LAM LEB LEDRU ROLLIN
LABORATOIRE BIOLOGIE MEDICALE

88 Avenue Ledru Rollin

75012 PARIS

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

A L'ASSURE (E)

Le remboursement des prestations de l'assurance maladie
exige l'enregistrement des données relatives aux
actes effectués et aux prestations servies. La Loi
« Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 s'applique
aux réponses faites sur ce formulaire. Le bénéficiaire du droit
d'accès et de rectification pour les données vous
concernant auprès de votre organisme d'assurance
maladie.Signature
de l'assuré(e)Signature du Directeur
du laboratoire attestant
l'exécution des actes et
le cas échéant le paiement

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L114-13 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)

FB01-02

IMPRIMERIE COSTE 07300 ALLENAS

S 3131e

LEDRU ROLLIN - 88 Avenue Ledru Rollin - 75012 Paris

Tel : 01 46 28 07 53 - Fax : 01 88 80 11 18

Dont patient :

0.00

M HAMAYED EL MILI Rafik

84 RUE DE CHARONNE

0.00

75011 PARIS 11

Dossier : K2403150062 du 15-03-2024

0.00

NOTE HONORAIRE EN EUROS

Déplacements	0.00
Prélèvements	3.78
Nomenclature	6.25
Examens non remboursés	0.00
Examens transmis	0.00
TOTAL	10.03
TOTAL OP1 () %	0.00
TOTAL OP2 () %	0.00

M HAMAYED EL MILI Rafik (07-08-1939)
Reste à payer

0.00

Joindre à cette feuille la prescription des actes

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

Nom – Prénom (suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage) ADRESSE	NOM Prénom	Date de naissance	Numéro d'immatriculation 7390899081323 07	CODE ORGANISME AFFILIATION	Nom et Adresse de l'organisme de paiement
HAMAYED EL MILI Rafik 84 RUE DE CHARONNE 75011 PARIS 11					
S'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			OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>	CODE ORGANISME COMPLEMENTAIRE	Nom et Adresse de l'organisme complémentaire
SI LE MALADE N'EST PAS L'ASSURE(E)					

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

PARTIE RESERVEE AU LABORATOIRE

IDENTIFICATION DU LABORATOIRE

LBM SELAS LCD SITE LEDRU ROLLIN

30 LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
88 AV LEDRU ROLLIN
SELAS

CONVENTIONNE

75012 PARIS

=> 75 3 70119 2 001110 30

CAB. CONV. Z.ISD IK SPEC

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

PRESCRIPTEUR : NOM et N°

HOPITAL EUROPEEN GEORGES POMPIDOU 750803447
Nom et qualité de l'exécutant des actes de prélèvement☒ 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 1	Montant des actes 2	Majorations (nuit, dimanche jour férié) 3	Montant du dépassem. (DE) 4	Montant total des actes de prélèvement 5(2+3+4)	I.F. ou I.F.D. 6	I.D. 7	I.K. Nombre 8	Montant 9	Dépassement D.D. 10	Total des frais de déplacement 11
15-03-2024	TB 1.5	3.78	0.00	0.00	3.78		0.00	0	0.00		0.00

ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE

ACTES EFFECTUES	Remboursement inférieur à 100 %	Remboursement à 100 %	Montant des actes hors nomenclature	Montant des actes effectués y compris les suppléments 12	Montant du dépassement D.E. 13
9005(B17) + 9105(B5) + 1577(B19) + 1821(B56) + 0592(B6) + 1804(B8) + 0552(B5) + 0996(B16) + 0521(B6) + 1609(B10) + 1104(B20) + 7335(B58) + 0591(B5) + 1124(B4) + 1209(B50) + (E20)	285	0	20.00	91.25	
				TOTAL * (5+11+12+13)	
				95.03	€
				Part organisme obligatoire	
				0.00	Part assuré
				Part organisme complémentaire	
				0.00	95.03
				Date de la prescription	Date d'exécution des examens
Suppléments nuit, dimanche et jour férié				08-03-2024	15-03-2024
TOTAL DES COEFFICIENTS					
NOM et N° du laboratoire transmetteur (à indiquer par le laboratoire exécutant)					

REMBOURSEMENT

AU LABORATOIRE

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 effectués et aux prestations services (la Loi
« Informatique et Libertés » 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
maladieSignature
de l'assuré(e)Signature du Directeur
du laboratoire attestant
l'exécution des actes et
le cas échéant le paiement

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L114-13 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)

FB01-02

IMPRIMERIE COSTE 07200 AUBENAS

S 3131e

LEDRU ROLLIN - 88 Avenue Ledru Rollin - 75012 Paris

Tel : 01 46 28 07 53 - Fax : 01 88 80 11 18

Dont patient :

M HAMAYED EL MILI Rafik
84 RUE DE CHARONNE

75011 PARIS 11

Dossier : K2403150060 du 15-03-2024

NOTE HONORAIRE EN EUROS

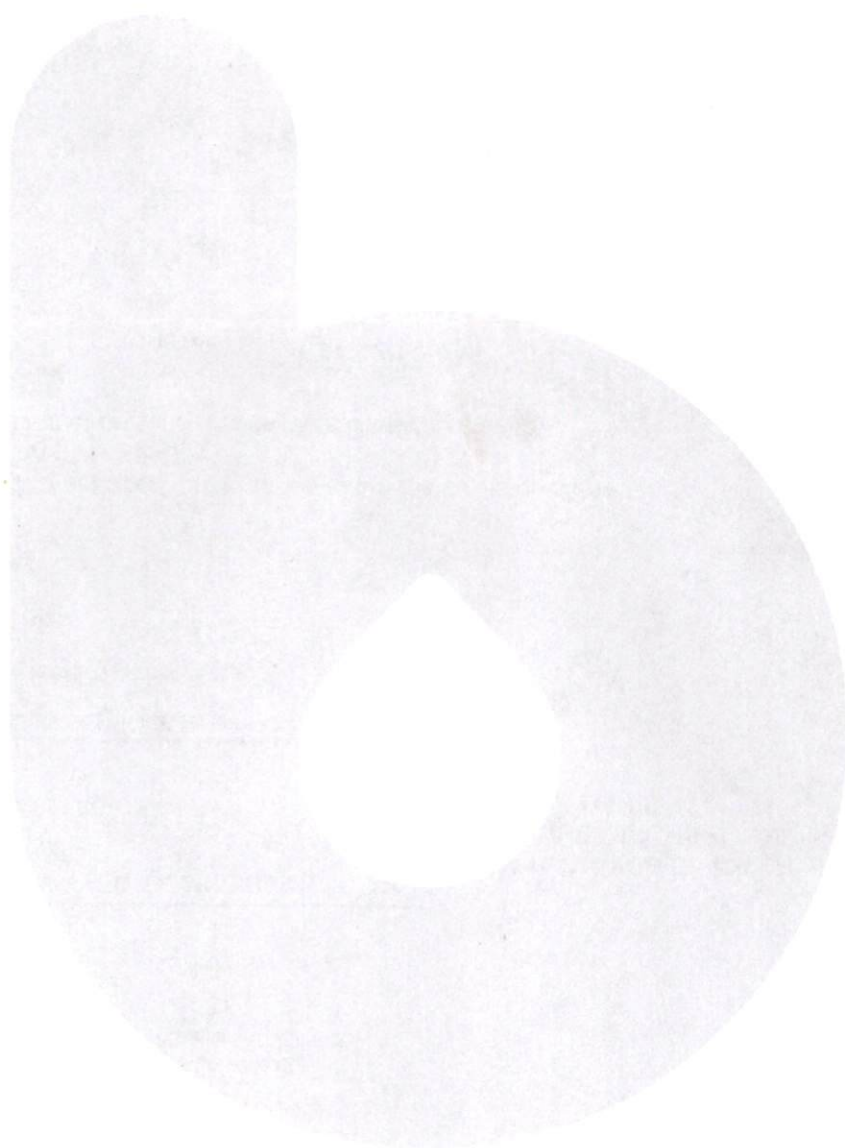
Déplacements	0.00
Prélèvements	3.78
Nomenclature	71.25
Examens non remboursés	20.00
Examens transmis	0.00
TOTAL	95.03
TOTAL OP1 () %	0.00
TOTAL OP2 () %	0.00

M HAMAYED EL MILI Rafik (07-08-1939)
Reste à payer

0.00



BIOGROUP
biologie médicale



Laboratoire LEDRU ROLLIN

BIOLAM LCD Autorisation 75 005 519 6

88 Avenue Ledru Rollin

75012 Paris

Téléphone : 01.46.28.07.53 - Fax : 01.88.80.11.18

labo.ledrurollin@biogroup.fr

Site internet : www.biogroup.fr

Vos biologistes : F. BERREBBI – V. BEYSSEN – J.M. HADJEZ – S.
RIGAL BAUDET – A. QUINTART – H. SAADA – S.MICHELSON

Nom et prénom utilisés : **HAMAYED EL MILI Rafik**

Nom de naissance : **HAMAYED EL MILI**

Prénom(s) de naissance : **Rafik**

Date de naissance: **07-08-1939** (84 ans) Sexe: **M**

84 RUE DE CHARONNE

75011 – PARIS 11

M HAMAYED EL MILI Rafik

84 RUE DE CHARONNE

75011 PARIS 11

Prescrit par le HOPITAL EUROPEEN GEORGES POMPIDOU - 20 RUE

LEBLANC - 75908 PARIS DEDEX 15

Sauf mention contraire, prélevé le : **15-03-2024 09:13**

Enregistré le 15-03-2024 09:15

Edité le Mardi 19 Mars 2024 à 11:42

Référence **K2403150062**

Intervalle de référence

Antériorités



Le laboratoire est accrédité pour les examens suivis du signe **.

Accréditation n°8-3024.

Liste des sites et portées disponible sur www.cofrac.fr

INFORMATION

Nom du prescripteur :

PR EMMANUEL MESSAS

Service :

Téléphone :

BIOCHIMIE

Nature de l'échantillon : Sang

02-02-2023

CPK **

(UV cinétique IFCC)

171 UI/L

(<200)

80

INFORMATION

Nous avons bien enregistré votre demande d'envoi de vos résultats par courrier électronique. Vous pouvez à tout moment demander la suppression de cet envoi auprès du secrétariat du laboratoire

Dossier validé biologiquement par Dr Jean-Michel HADJEZ

Thyroxine libre (FT4) **
(Chimiluminescence)

1,07 ng/dL (0,92-1,68)
14 pmol/L (12-22)

02-02-2023
1,14

Chez la femme enceinte, les valeurs de référence sont modifiées :

1er trimestre : 0.9 à 1.5 ng/dL

2ème trimestre : 0.8 à 1.3 ng/dL

3ème trimestre : 0.7 à 1.2 ng/dL

Thyréostimuline (TSH) **
(Chimiluminescence)

2,290 mUI/L (0,400-8,000)

02-02-2023
2,770

Chez la femme enceinte, les valeurs de référence sont modifiées :

1er trimestre : 0.1 à 2.5 mUI/L

2ème trimestre : 0.2 à 3.0 mUI/L

3ème trimestre : 0.3 à 3.0 mUI/L

INFORMATION

Nous avons bien enregistré votre demande d'envoi de vos résultats par courrier électronique. Vous pouvez à tout moment demander la suppression de cet envoi auprès du secrétariat du laboratoire

Les examens suivants, demandés par le médecin prescripteur, ne sont pas inscrits à la nomenclature des examens de biologie médicale (NABM) et ne seront donc pas pris en charge ni par la sécurité sociale ni les organismes complémentaires :
LPA

Dossier validé biologiquement par Dr Anne QUINTART



Vos biologistes : F. BERREBBI – V. BEYSSEN – J.M.
HADJEZ – S. RIGAL BAUDET – A. QUINTART – H. SAADA –
S.MICHELSON

Dossier K2403150060 du
15-03-2024

M HAMAYED EL MILI Rafik né(e) 07-08-1939 Sexe: M

	Intervalle de référence	Antériorités
Troponine I Hypersensible ** (Chimiluminescence)	<5,0 ng/L ($<34,2$)	02-02-2023 20,0

Diagnostic d'un syndrome coronarien aigu (SCA)

Homme	Femme	Interprétation
< 34 ng/L	< 16 ng/L	Résultat normal, risque d'IDM exclu si les douleurs ont plus de 6 heures et si l'ECG est normal
34 à 340 ng/L	16 à 160 ng/L	En cas de douleur thoracique et de suspicion d'IDM ou de SCA, un second prélèvement 3 heures après le premier est indiqué. Si la variation du taux est supérieure ou égal à 50%, il existe une forte présomption d'IDM, stratégie invasive à mettre en place
> 340 ng/L	> 160 ng/L	Forte présomption d'IDM, stratégie invasive à mettre en place d'urgence

Stratification du risque cardiovasculaire chez des patients asymptomatiques

Risque cardiovasculaire	Troponine I Hypersensible	
	Homme	Femme
Faible	< 6 ng/L	< 4 ng/L
Modéré	6 à 12 ng/L	4 à 10 ng/L
Elevé	> 12 ng/L	> 10 ng/L

BNP (Brain Natriuric Peptide) ** (Chimiluminescence)	25 pg/mL (<100)	02-02-2023 25
---	---------------------	------------------

HORMONOLOGIE

Nature de l'échantillon : Sang

Tri-iodo thyronine libre (FT3) ** (Chimiluminescence)	2,86 ng/L (2,00-4,40) 4,39 pmol/L (3,07-6,76)	02-02-2023 2,57
Chez la femme enceinte, les valeurs de référence sont modifiées :		
1er trimestre : 2.5 à 3.9 ng/L	2ème trimestre : 2.1 à 3.6 ng/L	3ème trimestre : 2.0 à 3.3 ng/L

Dossier validé biologiquement par Dr Anne QUINTART



H.D.L. Cholestérol **
(Enzymatique HDL-direct)

0,48 g/L (>0,55)
1,24 mmol/L (>1,42)

24-02-2024
0,43

L.D.L. Cholestérol calculé
(Calculé selon la formule de Friedewald)

1,25 g/L
3,24 mmol/L

24-02-2024
1,04

Le niveau du LDL-c sera interprété en fonction du niveau de risque cardio-vasculaire global évalué à l'aide de la table SCORE ou des facteurs de risque cardio-vasculaire.

Objectifs de LDL-c en fonction du niveau de risque cardio-vasculaire (European Society of Cardiology 2019, guidelines for the management of dyslipidemias : lipid modification to reduce cardiovascular risk) :

Risque très élevé	(Score $\geq 10\%$) :	LDLc < 0.55 g/l
Risque élevé	(Score 5 à 10%) :	LDLc < 0.70 g/l
Risque modéré	(Score 1 à 5%) :	LDLc < 1.0g/l
Risque faible	(Score < 1%) :	LDLc < 1.16g/l

Triglycérides **
(Colorimétrie enzymatique)

1,50 g/L (0,50-1,50)
1,70 mmol/L (0,57-1,70)

24-02-2024
1,61

Lipoprotéine (a) **
(Test immunoturbidimétrique)

34 nmol/L (<75)

Une valeur > 125 nmol/L est associée à une augmentation du risque athérothrombotique (ESC 2022).

Sodium **
(Potentiométrie indirecte)

140 mmol/L (136-145)

24-02-2024
141

Potassium **
(Potentiométrie indirecte)

4,3 mmol/L (3,4-4,5)

24-02-2024
4,3

Chlore **
(Potentiométrie indirecte)

104 mmol/L (98-107)

24-02-2024
102

LDH **
(UV cinétique IFCC)

185 U/L (135-225)
3 ukat/L (2-4)

02-02-2023
182

Dossier validé biologiquement par Dr Anne QUINTART

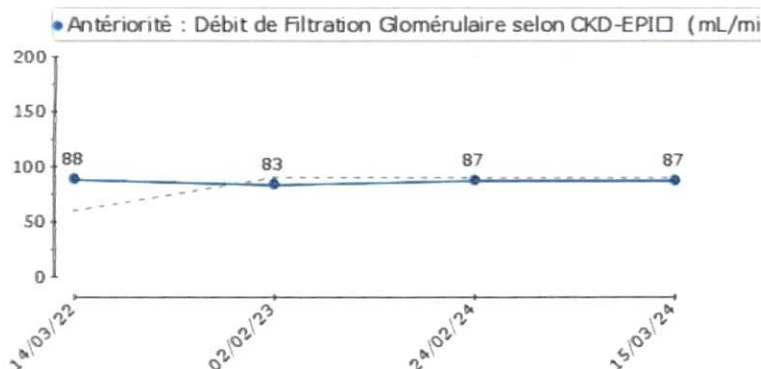


Vos biologistes : F. BERREBBI – V. BEYSSEN – J.M.
HADJEZ – S. RIGAL BAUDET – A. QUINTART – H. SAADA –
S.MICHELSON

Dossier K2403150060 du
15-03-2024

M HAMAYED EL MILI Rafik né(e) 07-08-1939 Sexe: M

			Intervalle de référence	Antériorités
Créatinine ** (Colorimétrie enzymatique)	7,0 mg/L 62 µmol/L	(6,7-11,7) (59-103)		24-02-2024 7,0
Débit de Filtration Glomérulaire selon CKD-EPI ** (selon la formule CKD-EPI)	87 mL/min/1,73 m2	(>90)		87
Le DFG est considéré comme légèrement diminué entre 60 et 90 mL/min/1,73m2. L'insuffisance rénale est retenue pour des valeurs inférieures à 60mL/min/1,73m2 (HAS 2021)				
Débit de Filtration Glomérulaire ** (selon la formule MDRD (caucasien) / 1,73 m2)	107 mL/min/1,73 m2	(>90)		107



Bilan lipidique

Aspect

Limpide

Cholestérol ** (Colorimétrie enzymatique)	2,03 g/L 5,26 mmol/L	(0,50-2,00) (1,30-5,18)	24-02-2024 1,79
--	-------------------------	----------------------------	--------------------

Dossier validé biologiquement par Dr Anne QUINTART

Hémoglobine A1c (NGSP) : "

6,0 %

24-02-2024

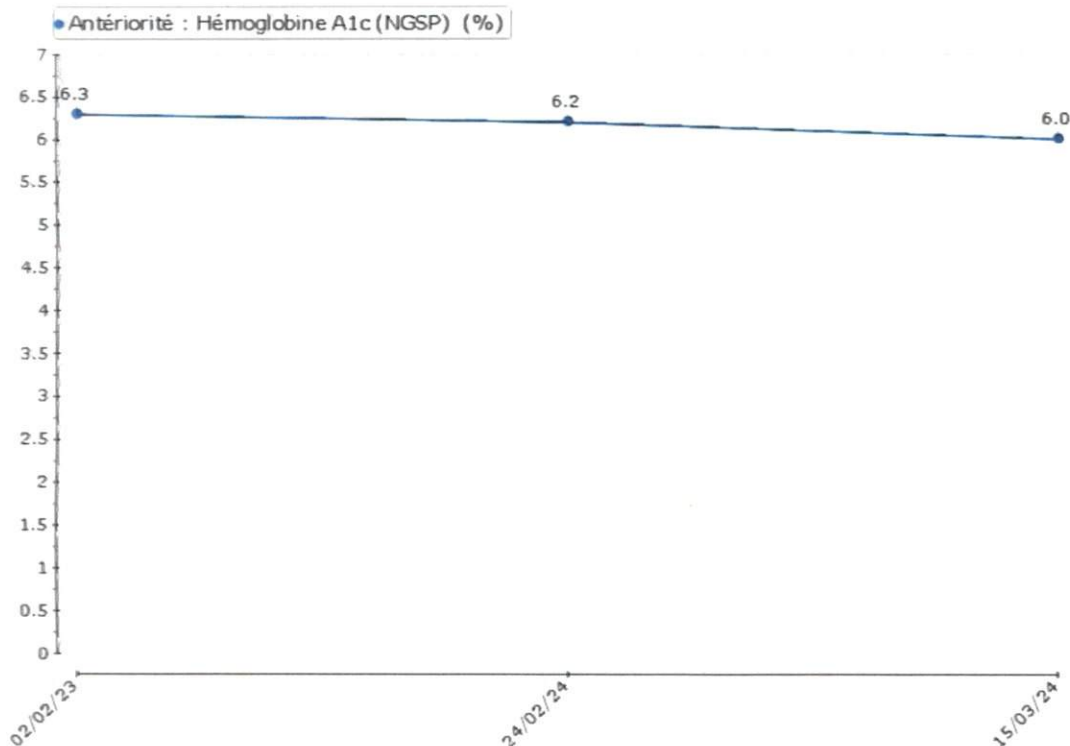
6,2

(Chromatographie liquide haute performance (HPLC))

(IFCC) : "

42 mmol/mol Hb (20-42)

44



Selon les recommandations de la Société Française de Diabétologie (Med Mal Metab 2021 ;15 :781-801), la cible à atteindre pour l'HbA1c :

- < ou = 7% chez les patients dits « en bonne santé » et autonomes
- < ou = 8% chez les patients avec facteurs de risque
- > 7 et < ou = 8% chez les patients avec facteurs de risque et traités par sulfamides hypoglycémisants, glinide ou insuline.
- < 9% et/ou glycémies capillaires préprandiales entre 1 et 2 g/L chez les patients dits « dépendants » et atteints de polyopathie chronique évoluée
- > 8% et < 9% et/ou glycémies capillaires préprandiales > 1.40g/L chez les patients dits « dépendants » et atteints de polyopathie chronique évoluée et traités par sulfamides hypoglycémisants, glinide ou insuline.

Urée "

(Test cinétique)

0,46 g/L (0,17-0,49)
7,66 mmol/L (2,83-8,16)

24-02-2024

0,37

Dossier validé biologiquement par Dr Anne QUINTART

Vos biologistes : F. BERREBBI – V. BEYSSEN – J.M.
HADJEZ – S. RIGAL BAUDET – A. QUINTART – H. SAADA –
S.MICHELSOHN

Dossier K2403150060 du
15-03-2024

M HAMAYED EL MILI Rafik né(e) 07-08-1939 Sexe: M

			Intervalle de référence	Antériorités
Plaquettes **	173 G/L	(140-385)		24-02-2024
Technique de dosage **	Impédance			180
V.P.M. (Vol. plaq. moyen) **	12,7 fL	(8,8-12,2)		12,1
Vitesse de sédimentation : Première heure (Photométrie capillaire)	28 mm	(1-32)		02-02-2023 16

La mesure de la VS par photométrie capillaire peut être minorée en cas de myélome multiple.

BIOCHIMIE

Nature de l'échantillon : Sang

Protéine C-Réactive ** (Dosage immunoturbidimétrique)	2,3 mg/L 21,9 nmol/L	(0,0-5,0) (0,0-47,6)	24-02-2024 7,1
Glycémie ** (Technique de référence à l'hexokinase)	1,08 g/L 5,99 mmol/L	(0,82-1,15) (4,55-6,38)	24-02-2024 1,08

Dossier validé biologiquement par Dr Anne QUINTART



HEMATOLOGIE

Nature de l'échantillon : Sang

HEMOGRAMME**

24-02-2024

(Cytométrie en flux, photométrie pour l'hémoglobine, hématocrite mesuré, VGM et CCMH calculés)

Hématies **	5,20 T/L	(4,08-5,60)	5,23
Hémoglobine	15,5 g/dL	(12,9-16,7)	16,0
Hématocrite	46,9 %	(38,0-49,0)	46,6
V.G.M.	90 fL	(83-97)	89
T.C.M.H.	29,8 pg	(27,8-33,9)	30,6
C.C.M.H.	33,0 %	(32,3-36,1)	34,3
I.D.R.	13,2 %	(11,2-15,9)	13,1
Leucocytes **	6,11 G/L	(3,80-10,00)	6,87

FORMULE LEUCOCYTAIRE**

Automate Sysmex (Impédance - Cytométrie en flux - Spectrophotométrie)

Polynucléaires neutrophiles	45,8 %	Soit	2,80 G/L	(1,60-5,90)	2,98
Polynucléaires éosinophiles	4,1 %	Soit	0,25 G/L	(0,03-0,50)	0,29
Polynucléaires basophiles	0,2 %	Soit	0,01 G/L	(0,00-0,09)	0,02
Lymphocytes	42,2 %	Soit	2,58 G/L	(1,07-4,10)	3,09
Monocytes	7,7 %	Soit	0,47 G/L	(0,23-0,71)	0,49

Dossier validé biologiquement par Dr Anne QUINTART



Vos biologistes : F. BERREBBI – V. BEYSSEN – J.M. HADJEZ – S. RIGAL BAUDET – A. QUINTART – H. SAADA – S.MICHELSON

M HAMAYED EL MILI Rafik

Née HAMAYED EL MILI

Date de naissance: 07-08-1939 (84 ans) Sexe: M

84 RUE DE CHARONNE

75011 – PARIS 11

Prescrit par le HOPITAL EUROPEEN GEORGES POMPIDOU - 20 RUE LEBLANC

- 75908 PARIS DEDEX 15

Sauf mention contraire, prélevé le :15-03-2024 09:13

Enregistré le 15-03-2024 09:13

Edité le Vendredi 15 Mars 2024 à 18:15

Référence K2403150060

M HAMAYED EL MILI Rafik

84 RUE DE CHARONNE

75011 PARIS 11

Intervalle de référence

Antériorités



Le laboratoire est accrédité pour les examens suivis du signe **.

Accréditation n°8-3024.

Liste des sites et portées disponible sur www.cofrac.fr

INFORMATION

Nom du prescripteur :

PR EMMANUEL MESSAS

Service :

Téléphone :

Dossier validé biologiquement par Dr Anne QUINTART

