

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

203788 ✓

Maladie

Dentaire

Optique

Au

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 : 27/08/39

Adresse : 11 Rue de la Mer Baltique
Arr. Drâa Casablanca

Tél. : 0645.315.815 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'adhérent et au 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 Le : 25/04/2024

Signature de l'adhérent(e) : Hamayed El Mili Rafik

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
TRAONNANCE	Pr MESSAC	Haut	Européen	George Poupidon

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	1er	Laboratoire Ledru Rollin	15/03/2024 (ajust)

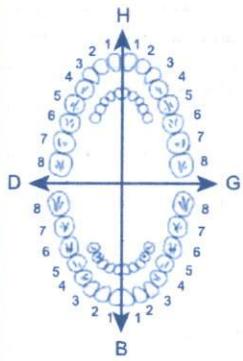
-Factures accufile

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M F	I V	
						+10,03 €.mo

VOLET ADHERENT

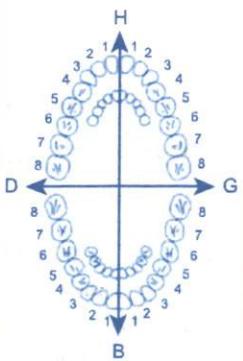
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX



Hôpital européen Georges-Pompidou

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

20, rue Leblanc
75908 PARIS Cedex 15

Tél. : 01 56 09 20 00

HAMAYED RAFIK

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

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 MEDICINE VASCULAIRE
Hôpital Européen Georges Pompidou
Professeur Emmanuel MESSAS
20 rue Lénaïc 75908 Paris Cedex 15
Secrétariat : 01 56 09 53 36 Fax : 01 56 09 55 11
e-mail : angela.rocha@aphp.fr
MESS 750803447

Professeur Emmanuel MESSAS

FEUILLE D'HONORAIRES D'ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE

N° de facture

K2403150062

Joindre à cette feuille la prescription des actes

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

Numéro d'immatriculation

7390899081323 07

Nom – Prénom
(suivi, s'il y a lieu,
du nom d'usage)
ADRESSEHAMAYED EL MILI Rafik
84 RUE DE CHARONNE
75011 PARIS 11S'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)

 OUI Date NON

NOM

Prénom

Date de naissance

CODE ORGANISME AFFILIATION

Nom et Adresse
de l'organisme
de paiement

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

CODE ORGANISME COMPLEMENTAIRE

Nom et Adresse
de l'organisme
complémentaireS'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)

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 001110 30

CAB. CONV. Z.I.S.O IK SPEC

ACTES RESERVES

(du directeur ou du directeur adjoint autorisé à les effectuer)

PRESCRIPTEUR : NOM et N°

HOPITAL EUROPEEN GEORGES POMPIDOU
Nom et qualité de l'exécutant des actes de prélèvement

750803447

X 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.	I.K.	Dépassement	Total des frais de déplacement
	1	2	3	4	5(2+3+4)	6	7	8	9	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 MÉDICALE

ACTES EFFECTUÉS

9105(B5) + 1520(B6) + 9914(B14)

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.

25 0 0.00 12 13

6.25 TOTAL * (5+11+12+13)

10.03

Part organisme obligatoire

€

0.00

Part organisme complémentaire

Part assuré

0.00

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)

08-03-2024

15-03-2024

REMBOURSEMENT

 AU LABORATOIRE

Cachet « tiers payant »

BIO LAB SELAS LCD SITE LEDRU ROLLIN
LABORATOIRE BIOLOGIE MÉDICALE
88 Avenue Ledru Rollin VIREMENT A UN COMPTE POSTAL, BANCAIRE OU D'CAISSE D'EPARGNE.Lors de la première demande de remboursement, joindre le relevé d'identité correspondant. AUTRE MODE DE PAIEMENTLe remboursement des prestations de l'assurance maladie
exige l'enregistrement des données codées relatives aux
actes effectués et aux prestations versées à la L.M.P.
« information et libertés » du 6 janvier 1978 d'applicable
aux renseignements faits sur formulaires de demande d'indemnité
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 ALBIENAS

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

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

10.03

0.00

M HAMAYED EL MILI Rafik (07-08-1939)

Reste à payer

75011 PARIS 11

Dossier : K2403150062 du 15-03-2024

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

7390899081323 07

Nom - Prénom
(suivi, s'il y a lieu,
du nom d'usage)
ADRESSE

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
concernant l'affection pour laquelle il est pensionné, cocher cette case OUI Date NON

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

NOM

Prénom

Date de naissance

CODE ORGANISME AFFILIATION

Nom et Adresse
de l'organisme
de paiement

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

CODE ORGANISME COMPLEMENTAIRE

Nom et Adresse
de l'organisme
complémentaire

IDENTIFICATION DU LABORATOIRE		ACTES RESERVES (du directeur ou du directeur adjoint autorisé à les effectuer)									
LBM SELAS LCD SITE LEDRU ROLLIN											
30 LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES	CONVENTIONNE										
88 AV LEDRU ROLLIN											
SELAS											
75012 PARIS											
=> 75 3 70119 2 001110 30											
CAB.	CONV.	Z.I.SD	IK	SPEC							

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.	I.K.	Dépassement	Total des frais de déplacement	
	1	2	3	4	5(2+3+4)	6	7	8	9	10	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 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.
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	95.03
					TOTAL * (5+11+12+13)	
					Part organisme obligatoire	
					0.00	Part assuré
Suppléments nuit, dimanche et jour férié					0.00	Part organisme complémentaire
TOTAL DES COEFFICIENTS					0.00	Date de la prescription
NOM et N° du laboratoire transmetteur (à indiquer par le laboratoire exécutant)					08-03-2024	Date d'exécution des examens
					15-03-2024	

REMBOURSEMENT

AU LABORATOIRE
BIO LAB LEDRU ROLLIN
 Laboratoire Biologie Médicale
 88 Avenue Ledru Rollin
 75012 PARIS

Le remboursement des prestations de Dr. H. G. Malade n° 43 20 70
 exigé l'engagement des douleurs correspondantes aux
 actes effectués et aux prestations servies. La loi
 "Informatique et Libertés" (Loi n° 78-171 du 6 Janvier 1978) s'applique
 aux réponses relatives à ces demandes. 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. 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)

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

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

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

FB01-02

IMPRIMERIE COSTE 07200 AUBENAS

S 3131e

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

95.03

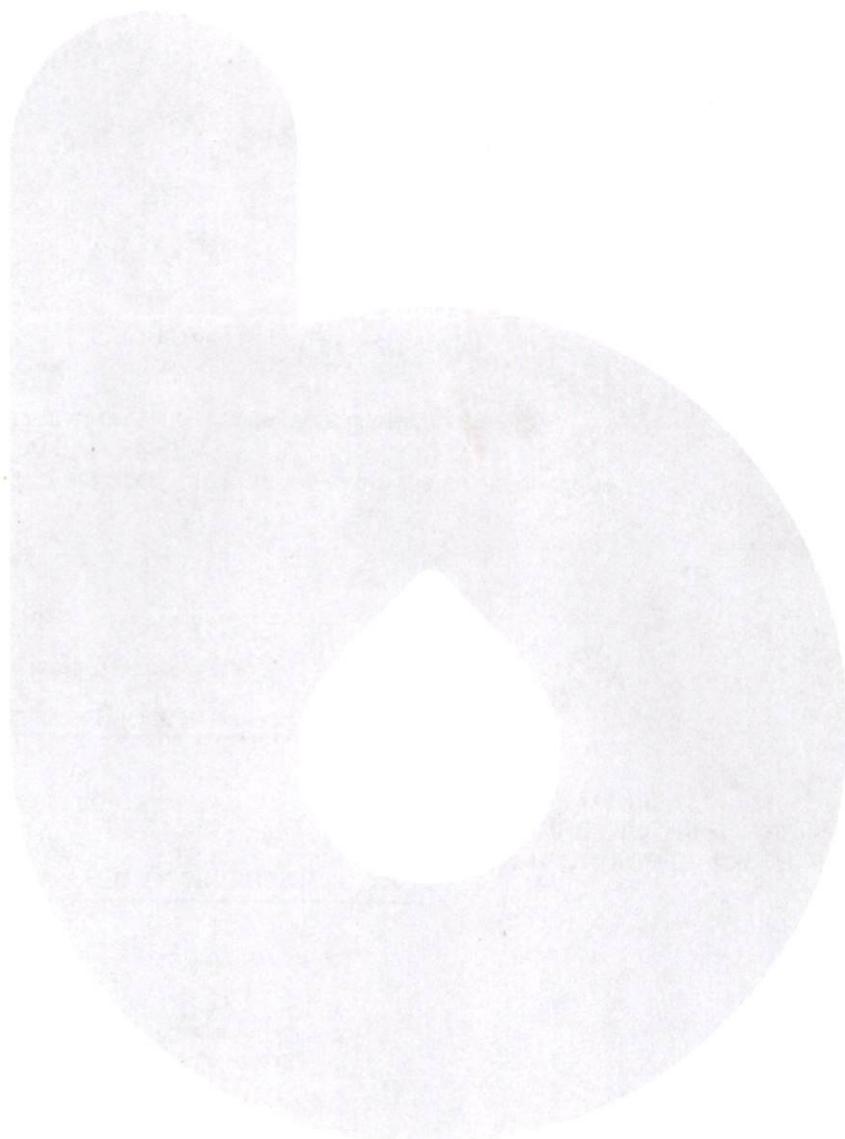
M HAMAYED EL MILI Rafik (07-08-1939)

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. BEYSENNE – J.M. HADJEZ – S.
RIGAL BAUDET – A. QUINTART – H. SAADA – S. MICHELSOHN

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

Nom de naissance : **HAMYED EL MILI**

Prénom(s) de naissance : **Rafik**

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 09:15

Édité le Mardi 19 Mars 2024 à 11:42

Référence **K2403150062**

M HAMYED 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 :

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

			02-02-2023	
Thyroxine libre (FT4) ** (Chimiluminescence)	1,07 14	ng/dL pmol/L	(0,92-1,68) (12-22)	1,14
<i>Chez la femme enceinte, les valeurs de référence sont modifiées :</i> <i>1er trimestre : 0.9 à 1.5 ng/dL</i>				
		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)	2,770
<i>Chez la femme enceinte, les valeurs de référence sont modifiées :</i> <i>1er trimestre : 0.1 à 2.5 mUI/L</i>				
		2ème trimestre : 0.2 à 3.0 mUI/L		
			3ème trimestre : 0.3 à 3.0 mUI/L	

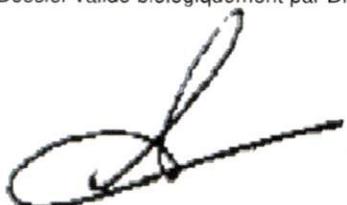
INFORMATION

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. BEYSENNE – J.M.
 HADJEZ – S. RIGAL BAUDET – A. QUINTART – H. SAADA –
 S. MICHELOHN

Dossier K2403150060 du
 15-03-2024

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

	<i>Intervalle de référence</i>	<i>Antériorités</i>
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 4,39 pmol/L	(2,00–4,40) (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



Intervalle de référence

Antériorités

H.D.L. Cholestérol ** (Enzymatique HDL-direct)	0,48 g/L 1,24 mmol/L	(>0,55) (>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 >= 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 1,70 mmol/L	(0,50-1,50) (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 3 ukat/L	(135-225) (2-4)	02-02-2023	182

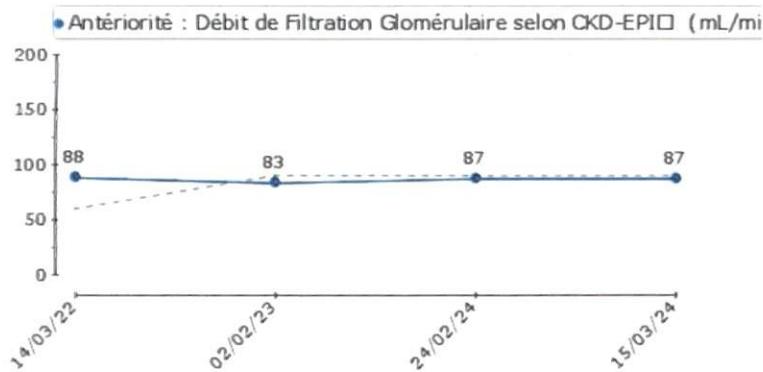
Dossier validé biologiquement par Dr Anne QUINTART

Vos biologistes : F. BERREBBI – V. BEYSENNE – 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
	24-02-2024	
Créatinine ** (Colorimétrique enzymatique)	7,0 mg/L (6,7-11,7) 62 µmol/L (59-103)	7,0
Débit de Filtration Glomérulaire selon CKD-EPI ** (selon la formule CKD-EPI)	87 mL/min/1,73 (>90) m ²	87
Débit de Filtration Glomérulaire ** (selon la formule MDRD (caucasien) / 1,73 m ²)	107 mL/min/1,73 (>90) m ²	107



Bilan lipidique

Aspect

Limpide

Cholestérol **
(Colorimétrie enzymatique)

24-02-2024

2,03 g/L (0,50-2,00)
5,26 mmol/L (1,30-5,18)

1,79

Dossier validé biologiquement par Dr Anne QUINTART

24-02-2024

Hémoglobine A1c (NGSP) :
(Chromatographie liquide haute performance (HPLC))

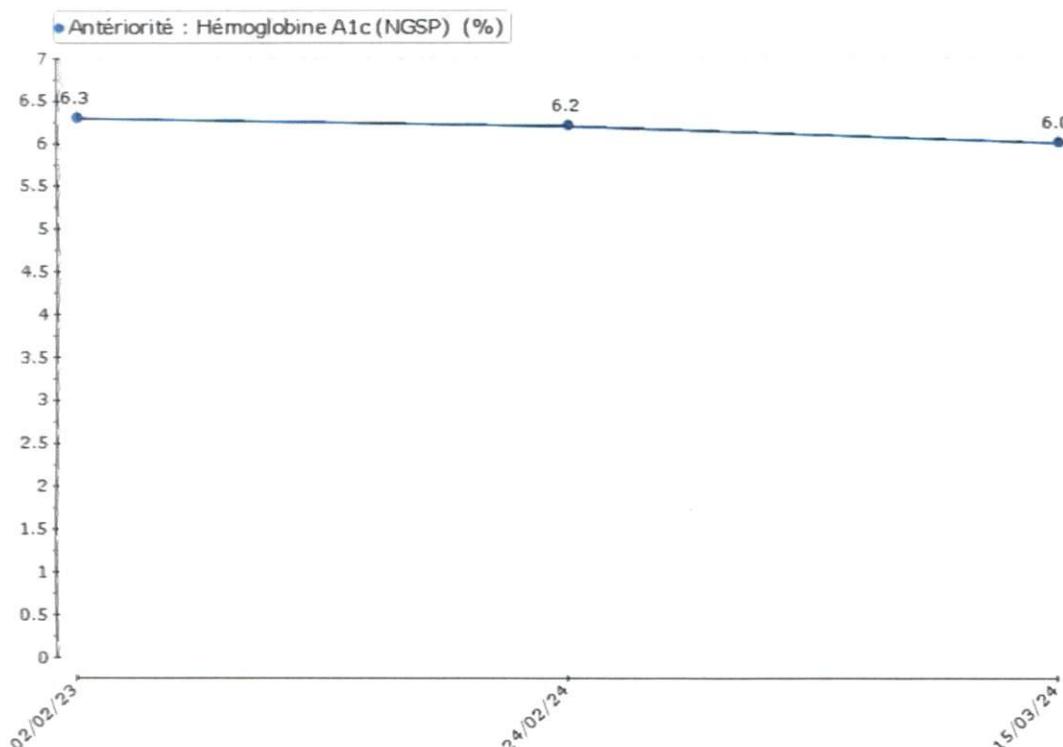
6,0 %

6,2

(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 hypoglycémiants, glinide ou insuline.

< 9% et/ou glycémies capillaires préprandiales entre 1 et 2 g/L chez les patients dits « dépendants » et atteints de polyopathologie chronique évoluée

> 8% et < 9% et/ou glycémies capillaires préprandiales > 1.40g/L chez les patients dits « dépendants » et atteints de polyopathologie chronique évoluée et traités par sulfamides hypoglycémiants, glinide ou insuline.

24-02-2024

Urée "
(Test cinétique)

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

0,37

Dossier validé biologiquement par Dr Anne QUINTART

Vos biologistes : F. BERREBBI – V. BEYSENNE – 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

		<i>Intervalle de référence</i>	<i>Antériorités</i>
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
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

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. BEYSENNE – J.M. HADJEZ – S. RIGAL BAUDET – A. QUINTART – H. SAADA – S. MICHELSOHN

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

Édité 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

Antécédent(s)



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 :

Service :

Téléphone :

PR EMMANUEL MESSAS

Dossier validé biologiquement par Dr Anne QUINTART