

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## tions 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.

## Biologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu [sous pli confidentiel] doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## rééducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## 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.

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3098

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HARRATI DRISS

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066 82 61 51 Total des frais engagés : Dhs

### 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 :

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) :

### 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
01/06/2020	06/06/2020	06/06/2020	Y	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BOUBAKER Rés Riad Oufra 1, CH33, F 11 119 et 20 Oufra - CASABLANCA 0522 65 84 64	1.6.2020	483.70

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	06/06/2020		633.00

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

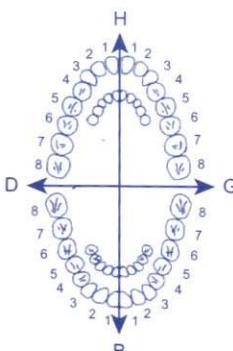
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553



#### (Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# وصفة ORDONNANCE

Le 02-11-2022  
MAMOURI DR H

35.70  
1 -

Kondylac 160 g  
~~S.V.~~

0 - 13 - >

99.00  
2 -

LD M.V. 205  
~~S.V.~~  
0 - 5 - 14

3 -

N = otho syr syrup

349.00  
4 -

1/2 a x 31  
~~S.V.~~ x 94  
2 كجم 2510  
04

DuoXol 140x2

183.70

زنقة الضمان - درب غلف - الدار البيضاء - الهاتف 05 22 86 30 20 إلى 27 - فاكس : 05 22 86 42 05  
Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05

PHARMACIE ROUBAKER  
Rue Nid Oufa 1, GH33 E 11  
M19 et 20 Oufa - CASABLANCA  
05 22 86 42 05

الدكتور ابراهيم  
Dr. ABDERRAHIM  
الدكتور ابراهيم  
Dr. ABDERRAHIM  
الدكتور ابراهيم  
Dr. ABDERRAHIM  
الدكتور ابراهيم  
Dr. ABDERRAHIM

Q.H.Y

# وصفة ORDONNANCE



درب غلف  
DERB GHALLEF

Le 02/11/2011

Mr. HARRATI DMIS

- ماء شفاف	Br 000012
- صبار ٤	36
- باتاف	— 19
- عسل تونسي	— ٠٧
- رو	— ٠٩
- أكتاف - ربات	— ٣٥
- Propolis ١٢	CN 2000011 — ١٢ — ١٤

# LD-NOR®

## 10, 20 & 40 mg, Comprimé pelliculé (DCI : Atorvastatine)

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourrez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

### FORMES PHARMACEUTIQUES ET PRÉSENTATIONS :

LD-NOR® 10, 20 et 40 mg : boîte de 10 et 30 comprimés pelliculés.

### Composition :

Principe actif	LD-NOR 10 mg	LD-NOR 20 mg	LD-NOR 40 mg
atorvastatine calcium	10,34 mg	20,68 mg	41,36 mg
équivalent à atorvastatine	10 mg	20 mg	40 mg

Excipients : phormasorb regular, microcelac 100, cellulose microcristalline, amidon prégalatinisé, hydroxypropyl cellulose, silice collodiale amyde, stéarate de magnésium, opadry OY-LS-28908 (blanc II), ..... qsp un comprimé pelliculé.

Excipient à effet notoire : lactose monohydrate.

### CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE :

LD-NOR comprimé pelliculé appartient à un groupe de médicaments appelés statines, qui interviennent dans la régulation des lipides (graisses).

### INDICATIONS :

LD-NOR comprimé pelliculé est utilisé pour diminuer le taux sanguin des lipides appelés cholestérol et triglycérides lorsqu'un régime pauvre en graisses associé à des modifications du mode de vie ne sont pas suffisants. Si vous présentez des facteurs de risque de survenue de maladie du cœur, LD-NOR, comprimé pelliculé peut également être utilisé pour réduire ce risque même si votre taux de cholestérol est normal. Vous devez continuer à poursuivre un régime alimentaire standard pauvre en cholestérol pendant toute la durée du traitement.

### CONTRE-INDICATIONS :

Ne prenez jamais LD-NOR comprimé pelliculé :

- Si vous êtes hypersensible (allergique) à LD-NOR, comprimé pelliculé ou à un autre médicament similaire utilisé pour diminuer les lipides dans le sang, ou à l'un des composants contenus dans ce médicament.
- Si vous avez ou avez eu une maladie du foie.
- Si vous avez eu des résultats d'analyses des tests de votre fonction hépatique anormaux et inexplicables.
- Si vous êtes une femme en âge d'avoir des enfants et que vous n'utilisez pas une méthode de contraception fiable.
- Si vous êtes enceinte ou essayez de l'être.
- Si vous allaitez.

En cas de doute, il est indispensable de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

### MISES EN GARDE SPÉCIALES ET PRÉCAUTION D'EMPLOI :

Faites attention avec LD-NOR, comprimé pelliculé :

Si vous présentez l'une des situations suivantes, LD-NOR, comprimé pelliculé peut ne pas être adapté pour vous :

- Si vous avez précédemment eu un accident vasculaire cérébral avec saignement dans le cerveau, ou si vous avez de petites poches de liquides dans le cerveau suite à un accident vasculaire cérébral.
- Si vous avez des problèmes aux reins.
- Si l'activité de votre glande thyroïde est insuffisante (hypothyroïdie).
- Si vous avez présenté dans le passé des courbatures ou des douleurs musculaires répétées et inexplicables, ou si vous avez des antécédents personnels ou familiaux de problèmes musculaires.
- Si vous avez eu des problèmes musculaires pendant un traitement avec d'autres médicaments diminuant les lipides du sang (par exemple une autre statine ou un fibrate).
- Si vous buvez régulièrement d'importante quantité d'alcool.
- Si vous avez des antécédents de maladie du foie.

établie. Demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre tout médicament. D'UNE FAÇON GÉNÉRALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MÉDICAMENT.

### CONDUITE DE VÉHICULES ET UTILISATION DE MACHINES

Ce médicament n'affecte normalement pas votre capacité à conduire ou utiliser des machines. Cependant ne conduisez pas si ce médicament affecte votre aptitude à conduire. N'utilisez pas d'appareils ou de machines si votre capacité à les utiliser est affectée par ce médicament.

### POSÉLOGIE, MODE ET VOIES(S) D'ADMINISTRATION :

Avant que vous ne commeniez le traitement, votre médecin vous prescrira un régime pauvre en cholestérol, que vous devez poursuivre pendant toute la durée de votre traitement par LD-NOR, comprimé pelliculé.

La dose initiale habituelle de LD-NOR, comprimé pelliculé est de 10 mg par jour chez les adultes et enfants âgés de 10 ans et plus.

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

PPV : 99,000H  
UT AV : 03/223  
LOT : 200497

LD-NOR 20mg  
30 comprimés pelliculés



6 118000 082231

otre dose  
irmale. Ne

indre votre

désirables,

### EFFETS SECONDAIRES :

Comme tous les médicaments, LD-NOR, comprimé pelliculé peut que tout le monde n'y soit pas sujet. Si vous ressentez l'un des effets indésirables graves suivants, arrêtez de prendre vos comprimés et contactez immédiatement votre médecin ou allez au service des urgences de l'hôpital le plus proche.

Rare : affecte 1 à 10 patients sur 10000 :

- Réaction allergique sévère entraînant un gonflement du visage, de la langue et de la gorge pouvant provoquer d'importantes difficultés à respirer.
- Pathologie sévère avec plaie et gonflement grave de la peau, cloques sur la peau, dans la bouche, sur la zone génitale et autour des yeux et une fièvre. Eruption cutanée de taches roses rouges, particulièrement sur la paume des mains ou la plante des pieds qui peuvent former des cloques.
- Faiblesse musculaire, endolorissement ou douleurs musculaires associées à une sensation de malaise ou de fièvre, pouvant être causées par une atteinte musculaire anormale qui peut engager le pronostic vital et entraîner des problèmes aux reins.

Très rare : affecte moins de 1 patient sur 10000 :

- La présence inattendue ou inhabituelle de saignements ou d'hématomates peut être le signe d'anomalie du fonctionnement de votre foie. Dans ce cas consultez votre médecin dès que possible.

Autres effets indésirables éventuels LD-NOR, comprimé pelliculé

Effets indésirables fréquents (affectent 1 à 10 patients sur 100) :

- Inflammation des cavités nasales, maux de gorges, saignements de nez.
- Réaction allergiques.
- Augmentation du taux de sucre dans le sang (si vous êtes diabétique, continuez à surveiller attentivement votre glycémie) augmentation du taux de créatine phosphokinase dans le sang.
- Maux de tête.
- Nausée, constipation, flatulence, indigestion.
- Douleurs articulaires, douleurs musculaires et maux de dos.
- Douleur dans la poitrine, douleur dans la partie basse de l'estomac.



# KARDEGIC® 160mg

*Acétylsalicylate de DL-Lysine*  
poudre pour solution buvable en sachet-dose

SANOFI

## 1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

### a) DENOMINATION

KARDEGIC 160 mg, poudre pour solution buvable.

### b) COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

ACETYLSAL

PER : 11/2021  
correspond à : 2020/01/01

KARDEGIC 160MG

SACHETS B30



Excipients

d'ammoni

c) FORME

Poudre po

P.P.V : 35DH70



6 118001 081189

date

:30.

### d) CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTI-THROMBOTIQUE/INHIBITEURS DE L'AGREGATION

PLAQUETTAIRE, HEPARINE EXCLUE.

## 2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

### (Indications)

Ce médicament contient de l'aspirine, mais ce dosage est plus particulièrement destiné au traitement de certaines affections du cœur ou des vaisseaux, seul ou associé aux autres traitements prescrits par votre médecin.

Il ne devra pas être entrepris sans l'avis de celui-ci, seul juge de l'établissement et de la conduite de ce traitement.

## 3. ATTENTION

### a) DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

#### (Contre-indications)

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- En cas d'ulcère de l'estomac ou du duodénum en évolution,

- En cas d'allergie connue à l'aspirine ou aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (telle qu'éruption cutanée ou asthme),

- En cas de maladie hémorragique,

- En cas de traitement concomitant par le méthotrexate, ou par les anticoagulants oraux (lorsque l'aspirine est prescrite à fortes doses ( $>3g/j$ )),
- En dehors

d'utilisations extrêmement limitées, et qui justifient une surveillance spécialisée, tout médicament à base d'aspirine est CONTRE-INDIQUE à partir du 6ème mois de la grossesse (cf. Grossesse Et Allaitement).

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS être utilisé sauf avis contraire de votre médecin, en cas de : - goutte, - règles ou saignements gynécologiques anormaux, - traitement concomitant par les anticoagulants oraux (notamment lorsque l'aspirine est prescrite à faibles doses) ou par l'héparine, les uricosuriques, ou d'autres anti-inflammatoires (notamment lorsque l'aspirine est prescrite à des doses  $>3g/j$ ) (cf. rubrique Interactions médicamenteuses et autres interactions). L'allaitement est déconseillé pendant le traitement (cf. Grossesse et Allaitement).

### b) PRECAUTIONS D'EMPLOI

Il est important de signaler à votre médecin certains problèmes de santé ou situations : - maladie des reins, - asthme, - antécédent d'ulcère de l'estomac ou du duodénum, ou d'hémorragies digestives, hypertension artérielle, - diabète, - port de stérilet.

L'aspirine augmente les risques hémorragiques et ceci dès les très faibles doses et même lorsque la prise date de plusieurs jours. Prévenir votre médecin traitant, le chirurgien, l'anesthésiste ou simplement votre dentiste au cas où un geste chirurgical, même mineur, est envisagé.

Ce médicament ne contenant pas de sodium (sel), il peut être administré en cas de régime désodé ou hyposodé.

### c) INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES

#### INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN notamment si vous prenez des anticoagulants oraux (notamment lorsque l'aspirine est prescrite à faibles doses) ou un traitement par l'héparine, des uricosuriques ou d'autres anti-inflammatoires (notamment lorsque l'aspirine est prescrite à des doses  $>3g/j$ ).

**LOVENOX 4 000 UI (40 mg)/0,4 ml, solution injectable en seringue préremplie****Enoxaparine sodique****SANOFI** **Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser 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, votre pharmacien ou votre infirmier/ère.
- 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, votre pharmacien ou votre infirmier/ère. 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 LOVENOX 4 000 UI (40 mg)/0,4 ml, solution injectable en seringue préremplie et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser LOVENOX 4 000 UI (40 mg)/0,4 ml, solution injectable en seringue préremplie ?
3. Comment utiliser LOVENOX 4 000 UI (40 mg)/0,4 ml, solution injectable en seringue préremplie ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver LOVENOX 4 000 UI (40 mg)/0,4 ml, solution injectable en seringue préremplie ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

**1. QU'EST-CE QUE LOVENOX 4 000 UI (40 mg)/0,4 ml, solution injectable en seringue préremplie ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?**

Classe pharmacothérapeutique : agent antithrombotique, groupe de l'héparine - code ATC : B01AB05

LOVENOX contient une substance active appelée énoxaparine sodique.

- vous avez eu une réaction à l'héparine ayant entraîné une diminution importante du nombre de vos cellules de la coagulation (plaquettes) au cours des 100 derniers jours
- vous présentez des anticorps dirigés contre l'énoxaparine dans votre sang
- vous saignez abondamment associée à un risque d'un ulcère des yeux, récent,
- vous utilisez LOVENOX faire l'objet dans l'un d'une ponction d'une interne anesthésique

e) d'une affection

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Lovenox 4000Uantixa Inj b6  
PPV : 349,00 DH



6 118001 080465

N'utilisez pas LOVENOX si l'un ou l'autre des cas ci-dessus vous concerne. Si vous n'êtes pas sûr(e), parlez-en à votre médecin ou pharmacien avant d'utiliser LOVENOX.

**Avertissements et précautions**

LOVENOX ne doit pas être remplacé par d'autres héparines de bas poids moléculaire comme la nadroparine, la tinzaparine ou la daltéparine. Cela est dû au fait qu'elles ne sont pas exactement identiques et n'ont pas la même activité, ni les mêmes instructions d'utilisation.

Consultez votre médecin ou pharmacien avant d'utiliser LOVENOX si :

- vous avez déjà eu une réaction à l'héparine ayant causé une diminution importante du nombre de cellules de la coagulation (plaquettes)
- vous portez une valve cardiaque
- vous présentez une endocardite (une infection de l'enveloppe interne du cœur)
- vous avez des antécédents d'ulcère de l'estomac

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef

Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux

20100 CASABLANCA

Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020

INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP :	1169225	N° SEJOUR :	200061344	FACTURE N° 2005037188			DATE D'ENTREE : 01/10/2020		DATE DE SORTIE : 01/10/2020	
ASSURE :							DESTINATAIRE :			
MALADE : HARRATI,Driss				UF: 5002 URGENCES			HARRATI,Driss			
NOM JEUNE FILLE :				N° IMMAT C.N.S.S. :						
TIERS PAYANT 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :						
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	N° SE. SOC. ETRANG. :								
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN.	CSC	1.00	250.00	250.00					0.00	250.00
Intervenant : M010003 DR. QIYAD LAKBIR				TOTAUX :	250.00					250.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT CINQUANTE DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
				REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR:	
				RESTE DU:	250.00					
DATE FACTURE : 01/10/2020 EDITEE LE : 01/10/2020 PAR: SAAD				ACCIDENT DE TRAVAIL :						
VISA				N° DE POLICE :			DATE AT :			
				Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef						
				BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA						
				N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31						

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef  
 Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux  
 20100 CASABLANCA  
 Tél: 0522-863021/27 Fax: 0522-864205 RDV: 0522-863020  
 NPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP :	1169225	N° SEJOUR :	200062591	<b>FACTURE N° 2005038121</b>				DATE D'ENTREE :	06/10/2020	DATE DE SORTIE :	06/10/2020
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	HARRATI,Driss				UF:	5002 URGENCES					
NOM JEUNE FILLE :					N° IMMAT C.N.S.S. :						
TIERS PAYANT 1 :					N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :						
TIERS PAYANT 2 :					N° SE. SOC. ETRANG. :						
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :			TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE		
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF		PRIX UNITAIRE	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE BIOLOGIE ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE		B	580.00	1.10	638.00				0.00	638.00	

Intervenant :	106999 EQUIPE BIOLOGISTES .	TOTAUX :	638.00							638.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : SIX CENT TRENTÉ HUIT DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE :	
				REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
				RESTE DU:	688.00					
DATE FACTURE :	06/10/2020	EDITEE LE :	06/10/2020	PAR:	MOURAD	ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA					N° DE POLICE :	DATE AT :				
				Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef					
				BANQUE :	BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA					
				N° compte bancaire :	011 780 0000 70 210 00 60 028 31					

## LABORATOIRE D'ANALYSE DE BIOLOGIE MEDICALE CNSS DERB GHALLEF

Date du prélèvement : 06-10-2020 à 10:56

Code patient : 2010060031

Né(e) le : ()

IPP : 1169225



Mr HARRATI Driss

Dossier N° : 2010060031

Prescripteur :

EXTERNE

### BIOCHIMIE SANGUINE

Glycémie à jeun (spectrophotométrie, biolab)	1.04 g/l	(0.74–1.10)
---	----------	-------------

Transaminases GOT (ASAT)	17 UI/L	(<40)
Transaminases TGP (ALAT)	12 UI/L	(<40)
Urée	0.50 g/l	(0.16–0.48)
Créatinine	9 mg/L	(5–12)

### BILAN LIPIDIQUE

Cholestérol total	1.82 g/L	(1.50–2.00)
Triglycérides	1.09 g/L	(0.50–1.50)
Cholestérol – HDL	0.55 g/L	(0.40–0.80)
Cholestérol – LDL	1.05 g/L	(<1.50)

Indications thérapeutiques : Recommandations AFFSAPS

Prévention primaire :

Absence de facteur de risque	: < 2.20 g/L	soit 5.7 mmol/L
1 facteur de risque	: < 1.90 g/L	soit 4.9 mmol/L
2 facteurs de risques	: < 1.60 g/L	soit 4.1 mmol/L
Plus de 2 facteurs de risques	: < 1.30 g/L	soit 3.4 mmol/L

Prévention secondaire :

Maladie coronarienne	: < 1.00 g/L	soit 2.6 mmol/L
----------------------	--------------	-----------------

Les facteurs de risque sont l'âge (>50 ans pour l'homme et >60 ans pour la femme), les antécédents familiaux de maladie coronarienne précoce, l'hypertension artérielle, le diabète de type 2, le tabagisme et le cholestérol HDL <1.0 mmol/l (0.40 g/l)

### MARQUEURS CARDIAQUES

Troponine	<0.100 ng/mL	(<0.100)
-----------	--------------	----------

Validé par : QELFATHI OUMAIMA

