

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0041311

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1784 Société : 72680

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RAHDI Abdelaziz

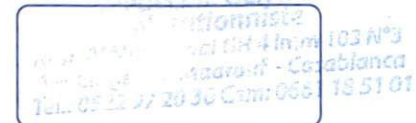
Date de naissance : 07/09/52

Adresse : 312 est Florida casa

Tél. 0661548936 Total des frais engagés : 1020,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19 MAR 2021

Nom et prénom du malade : Abdelaziz RAHDI Age :

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

Nature de la maladie : 2.5 Abaissement de la vision

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 : Casablanca Le : 27/03/2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature] ACCUEIL

### Informations 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 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 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



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
1-9 MAR 2021	C		100 000	

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
1-9 MAR 2021	C		100 000	

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
1-9 MAR 2021	C		100 000	

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
19 MAR 2021	C		100 000	[Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
[Cachet]	19/03/21	

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
19 MAR 2021	C		100 000	

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date / Montant de la Facture
	19/03/21

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
19 MAR 2021	C		100 000	

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date / Montant de la Facture
	19/03/21

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>LABORATOIRE Sidi Moudjahid</b> <b>Tél.: 0622 33 52 09/0668 15 24 24</b> <b>Fax : 0622 33 72 71 - CASA</b> <b>LABO CHIRURGIE - 0622 33 72 71 - NADA 3</b>	20/01/11		720,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>LABORATOIRE Sidi Moudjahid</b> <b>Tél.: 0622 33 52 09/0668 15 24 24</b> <b>Fax : 0622 33 72 71 - CASA</b> <b>LABO CHIRURGIE - 0622 33 72 71 - NADA 3</b>	20/01/11		720,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>LABORATOIRE Sidi Moudjahid</b> <b>Tél.: 0622 33 52 09/0668 15 24 24</b> <b>Fax : 0622 33 72 71 - CASA</b> <b>LABO CHIRURGIE - 0622 33 72 71 - NADA 3</b>	20/01/11		720,00

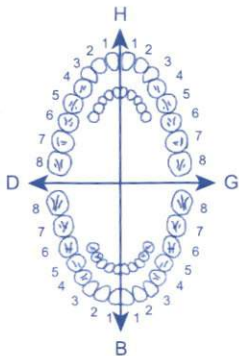
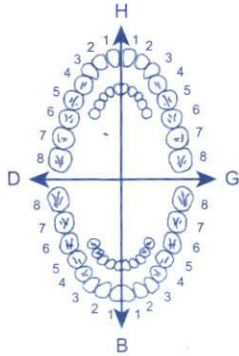
[illegible][illegible][illegible]

# 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 canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

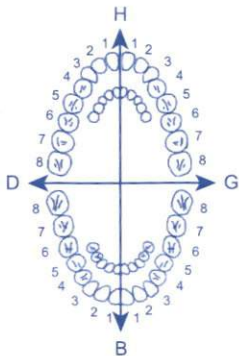
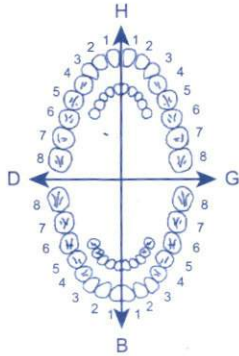
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# 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 canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

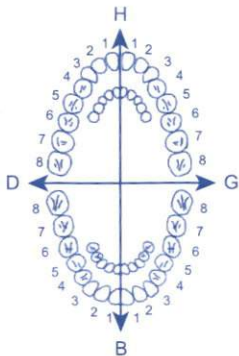
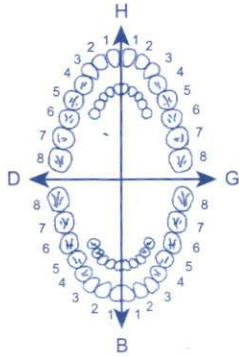
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# 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 canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

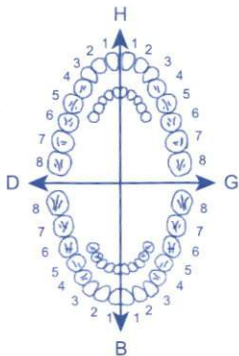
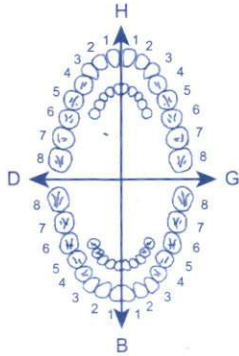
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# 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 canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

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

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

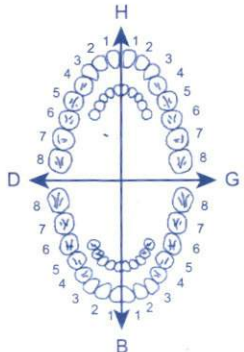
SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION		

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

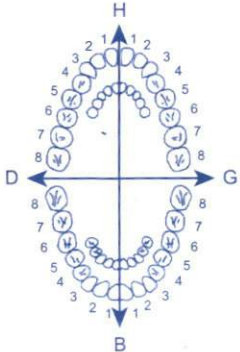
SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION		

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

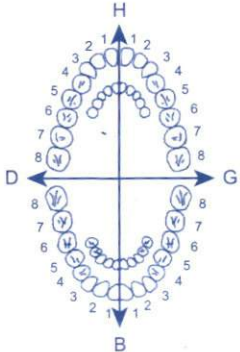
SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION		

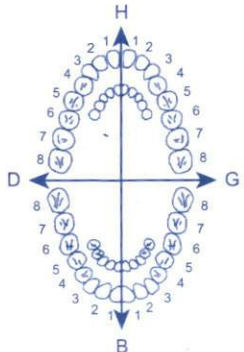
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE	Coefficient des Travaux														
 <p>The diagram shows a top-down view of upper and lower dental arches. Teeth are numbered 1 through 8 from the center (midline) outwards on each side. The midline is labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. The left side is labeled 'D' and the right side is labeled 'G'.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	Montants des Soins														
		Date du devis														
	Date de l'exécution															

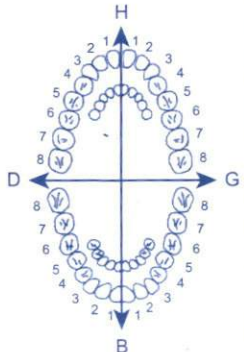
[illegible]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE	Coefficient des Travaux														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	DATE DU DEVIS	<input type="text"/>														
	DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>														

[illegible][illegible]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE	Coefficient des Travaux														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	DATE DU DEVIS	<input type="text"/>														
	DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>														

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE	Coefficient des Travaux														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	Montants des Soins														
		Date du devis														
	Date de l'exécution															

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE	Coefficient des Travaux														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	Montants des Soins														
		Date du devis														
	Date de l'exécution															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Fatima El Kherrat

الدكتورة فاطمة الخراط

Médecine Générale



الطب العام

Omnipraticienne Nutritionniste diplômée (Canada)

Spécialiste en médecine de Travail (Rennes-France)

Diplômée d'Echographie

حائزة على دبلوم التغذية بكلية الطب كندا

أخصائية طب الشغل كلية الطب (رانس - فرنسا)

حائزة على دبلوم الفحص بالصدى

Casablanca, le 19 MAR 2021

الدار البيضاء في

Dr. Rahmi Abdelkhalik

force glycémique à jeun

Hémoglobine glyquée

LABORATOIRE Sidi Maàrouf  
Tél.: 0622 33 52 09/0668 15 24 24

Fax : 0522 33 52 71 - CASA

Rd.PT. Sidi Maàrouf BDC Imm. Maàrouf

cholestérol

triglycérides

LDL-HDL

إقامة المستقبل GH4 عمارة 103 ش 3 - ط 1 - سيدي معروف - الدار البيضاء

Résid. AL Mostakbal GH4 imm. 103 N°3. 1er Etage Sidi Maàrouf - Casablanca

الهاتف : 05 22 97 20 36 - النفاذ : 06 61 18 51 01





Dr. Ghizlane HADDIÛUI  
Médécine Biologiste

# مختبر التحليلات الطبية سيدي معروف

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SIDI MAAROUF

Bactériologie - Biochimie - Hématologie - Immunologie - Mycologie - Parasitologie - Virologie

Casablanca, le 20/03/2021

Code Patient : 16-02742

### Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 200321-003 Pvt du: 20/03/2021 7:33

Nom : Mr RAHMI Abdelaziz

Demandé par Dr : EL KHERRAT



Page : 1/2

### ANALYSES DE BIOCHIMIE (SANG)

GLYCEMIE A JEUN  
(Méthode enzymatique à l'hexokinase)

: 1,18 g/l  
6,49 mmol/l

Valeurs Usuelles

( 0,7 - 1,1 )  
( 3,85 - 6,05 )

Antériorité

1,19 (07/12/19)  
1,12 (03/05/18)  
1,08 (11/05/16)

HÉMOGLOBINE GLYQUÉE :  
(HPLC D10-Biorad)

: 5,9 %

( 4,5 - 6,3 )

6,1 (07/12/19)  
6,1 (31/12/18)  
6,3 (03/05/18)

Les valeurs usuelles sont de 4,5 à 6,3 % lorsque les glycémies sont normales.

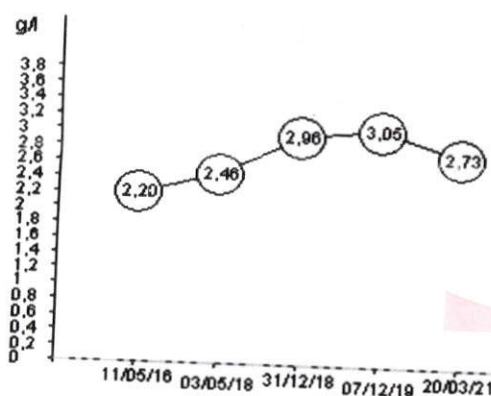
Les études ont montré que le diabète est :

- \* bien équilibré lorsque le taux est inférieur à 6,5 %
- \* moyennement lorsqu'il est entre 6,5 et 7,5 %
- \* mal équilibré au-delà de 8 %

CHOLESTEROL TOTAL  
(Tech enzymatique colorimétrique au CHOD)

: 2,73 g/l  
7,04 mmol/l

( Inférieur à 2,2 )  
( Inférieur à 5,16 )



Suivi de CHOLESTEROL TOTAL

HDL-CHOLESTEROL  
(Dosage enzymatique direct oxydase/PEG)

: 0,48 g/l  
1,23 mmol/l

( Supérieur à 0,4 )  
( Supérieur à 1,05 )

0,58 (07/12/19)  
0,49 (31/12/18)  
0,49 (03/05/18)  
0,48 (11/05/16)

LABORATOIRE SIDI MAAROUF  
Dr G. HADDIÛUI  
Médécine Biologiste  
Rd Pt Sidi Maarouf Casablanca  
Tel: 05 22 33 52 09 / 06 68 15 24 24  
Fax: 06 68 03 02 71



مختبر التحليلات الطبية سيدي معروف

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SIDI MAAROUF

Bactériologie - Biochimie - Hématologie - Immunologie - Mycologie - Parasitologie - Virologie

Dr. Ghizlane HADDIÛUI  
Médecin Biologiste

Mr RAHMI Abdelaziz

Dossier N° : 200321-003

Page : 2/2

### ANALYSES DE BIOCHIMIE (SANG)

		Valeurs Usuelles	Antériorité
LDL-CHOLESTEROL	:	1,84 g/l ( Inférieur à 1,5 )	2,06 (07/12/19)
(calcul: formule de Friedwald pour les valeurs de triglycérides < 3,4 g/l)		4,71 mmol/l ( Inférieur à 3,89 )	2,17 (31/12/18)
			1,40 (03/05/18)
			1,34 (11/05/16)

Valeurs souhaitables du LDL-Cholesterol (g/l) en fonction du nombre de facteurs de risque cardiovasculaire\*

Selon l'AFSSAPS:

- Présence de 0 à 1 facteur de risque : LDL < 1.6
- Présence de 2 facteurs de risque ou plus : LDL < 1.3
- Présence d' antécédents de maladies cardiovasculaires : LDL < 1

\*Selon l'AFSSAPS, les facteurs de risque sont : l'âge, les antécédents familiaux de maladie coronaire précoce, le tabagisme, l'HTA, diabète type de type 2 et HDL < 0.40g/l

TRIGLYCERIDES	:	2,07 g/l ( Inférieur à 1,5 )	2,03 (07/12/19)
(Enzymatique)		2,36 mmol/l ( Inférieur à 1,71 )	1,52 (31/12/18)
			2,83 (03/05/18)
			1,92 (11/05/16)

### ANALYSES HORMONALES

		Valeurs Usuelles	Antériorité
TSH-us : Thyroestimuline-Hormone	:	1,44 µUI/ml ( 0,34 - 5,6 )	1,39 (07/12/19)
(Technique immunoenzymatique Access2 Beckman Coulter)			5,16 (18/06/19)
			1,37 (18/03/19)
			3,52 (03/12/18)
			2,32 (11/06/18)
			11,53 (05/03/18)

LABORATOIRE SIDI MAAROUF  
Dr G. HADDIÛUI  
Médecin Biologiste  
Rd Pt Sidi Maarouf Casablanca  
Tél: 0522 33 52 09 / 0688 15 24 24  
Fax: 0522 33 52 71

# Laboratoire d'Analyses Médicales

## Sidi Maarouf

### Facture

N° facture 2021-2579

Date 20/03/2021

Patient Mr RAHMI Abdelaziz

Date prélèvement : 20/03/2021

Analyses	Valeur en B	Montant
GLYCEMIE A JEUN	30	40,20
HEMOGLOBINE GLYQUEE (A1C)	100	134,00
CHOLESTEROL TOTAL	30	40,20
HDL-CHOLESTEROL	50	67,00
LDL-CHOLESTEROL	50	67,00
TRIGLYCERIDES	50	67,00
TSH-us : Thyroestimuline-Hormone	250	335,00
Total B	560	750,40
APB	1,0	20,00
Majoration de garde		
Total		770,40

LABORATOIRE SIDI MAAROUF  
IF. N° : 40605866 - LP N° : 3615988  
CNSS. N° : 986124 - RC. N° : 4102  
LABORATOIRE SIDI MAAROUF  
Tél.: 0522 33 52 09/0668 15 24 24  
Fax : 0522 33 52 71 - CASA  
Rd PT Sidi Maarouf - SNC Hamm N° 123