

COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ns générales :

Cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

Validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

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.

In cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

ique :

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

éducation :

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M21- 064953

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1848

Société : 201683

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Bi BLAT Mohamed

Date de naissance : 10/02/1948

Adresse : 3d 3500 SINA RÉS. EL MOKHTAR 8

HAÏ HASSANI CASA BLANC PA

Tél : 06 01 416305

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/01/2021

Nom et prénom du malade : Nage FILAL

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

Nature de la maladie : Affection

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 : 31/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
26 Janv 2017			200,-	
			250,-	
			450,-	

Dr. Abdel-Farah MARROUK
Expert auprès des Tribunaux
Av. Ibnou Sina Rés. El Mokharraz
1er Etage Hay Hassani - Casablanca
GSM : 06 61 93 38 39

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

26/01/2017

346.30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires

27/01/22

S: 1235, P: 15

1650, par OH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

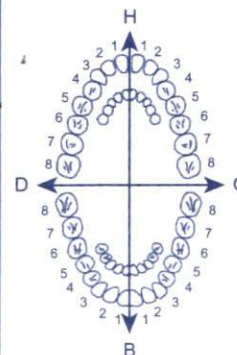
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

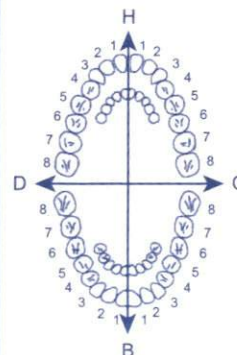
FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Abdelfatah MARZOUK

Expert Assermenté Près des Tribunaux
Médecine Générale

Echographie
Circoncision



19/01/2022

الدكتور عبد الفتاح مرزوق

خبير محلف لدى المحاكم
الطب العام
الفحص بالصدى
خاتنة الأطفال

Casablanca, le : 126 Janv 2022 في : الدار البيضاء.

Dr. FILAL NADJA

AZIX 500 mg

1 CP/J

ZINASKIN Cp

1-0-0

D-CURE 10000UI

1 DOSE /SEMAINE

DOLIPRANE 1 GR

1-0-1

VITC 1000

1-0-0

FITOPOLIS SRP

1 cas 3Xj

011BTS

02BTS

01BT

02BTS

02BTS

01FLC

PPV: 49.60
OT: 21129
EXP: 09/2024

PHARMACIE AL BOUSTANE
580, Bd Ibn Sina Hay Hassani
CASABLANCA
Tél.: 05 22 90 33 33

Dr. Abdel Fatah MARZOUK
Expert Assermenté Près des Tribunaux
Av. Ibnou Sina Rés. El Mokhtar Soussi
Etage Hay Hassani - Casablanca
Tél.: 06 61 93 38 38

346.30

PPV 400H90

EXP 08/2024
LOT 15038 85

20 comprimés effervescents

زيناسكين®

(سولفات الزنك)

PPV 400H9D EXP 02/2024
LOT 15038 34

20 comprimés effervescents

هذا على جميع الآثار الغير مرغوب فيها التي تم يرد ذكرها في هذه النشرة. يتكتم أيضا التبليغ عن التآثيرات الغير مرغوب فيها مباشرة لدى المركز الفربي لبحارة التسمم والبيضة الدوائية (الهاتف: 0801000180 - الفون: 0103900000) capm@capm.ma أو لدى مختبرات لابروفان (الفون: 0103900000 - laprophan.com). pharmacovigilance@laprophan.com من خلال الإبلاغ عن الآثار الجانبية، فإنكم تساهمون في تقديم المزيد من المعلومات حول سلامة الدواء.

5 - كيف يتم حفظ زيناسكين 45 ملغ، أقراص فائرة؟

- يحفظ بعيدا عن متناول ومراى الأطفال.
- لا يجب استخدام هذا الدواء بعد تاريخ انتهائها الصلاحية المدون على العلبة. تاريخ انتهاء الصلاحية يشير إلى اليوم الأخير من الشهر المشار إليه.
- مدة الحفظ (شروط تخزين الدواء)
- 3 سنوات
- يحفظ الأدوية مغلقة بإحكام بعيدا عن الحرارة والرطوبة.
- تحذير: بعض علامات التدهور عند الضرورة.
- لا تتخلصوا من أي دواء في المجاري أو في النفايات المنزلية.
- أطباء من الصيدلي تتخلص من الأدوية التي التهمتم من استخدامها. هذه التدابير سوف تساعد في حماية البيئة.

6 - معلومات إضافية

- على ماذا يحتوي زيناسكين 45 ملغ، أقراص فائرة؟
التركيبية النوعية والكمية من المادة (أنواع) الفعالة لكل جرعة الزنك:
(على شكل سولفات الزنك أحادي الهيدرات)
45 ملغ
التركيبية النوعية من الإضافات
- حمض الستريك المالاني، بيكاربونات الصوديوم، بنوات الصوديوم، ماكروغول 4000، ساكارين الصوديوم، سيكلاتام الصوديوم، الساكارول، كحله بوليفوراميس الليبون والشمع 27G11، سكرية بوليفوراميس الكازيراميل 17M305، ماء مصفى كمية كافية.
- اسم وعنوان المخترع الصيدلي
- مختبرات لابروفان ش.م
- 21، رفقة الأوبية
- الدار البيضاء
- آخر تاريخ تمت فيه مراجعة هذه النشرة، يناير 2020
- شروط الوصف والتسليم
- الجدول (للمادة أ)
- معلومات خاصة بمهنيي الصحة
- لا شيء.

أخذ ذلك بعين الاعتبار عند المرضى الذين يربطون بين الاستخدام والصحة.
• يجب تواجد الساكارول لا ينبغي استعمال هذا الدواء لدى المرضى يعانون من عدم تحمل الساكارول، الإصابة بسوء امتصاص الغلوكوز أو نقص السوركان-أيزومالتاز.
الساكارول: 0,350 غ في القرص الفائق، يؤخذ بعين الاعتبار عند مرضى أخذ الأدوية أخرى (تفاعلات مع أدوية أخرى)
أخيرا، يجب على الصيدلي إذا كنت تأخذون، أخذتم مؤخرًا أو من الم تأخذوا أي دواء آخر، خاصة الحديد، الكالسيوم، المضادات الحيوية التي لعائلة السيكليين أو الفلوروكينولونات والستروتيوم.
- **الأطعمة والمشروبات (تفاعلات مع الأطعمة والمشروبات)**
- الأطعمة التي تحتوي على نسبة عالية من حمض الفيتيك (الألبان، العسل، الصويا)، الحبوب الكاملة (قمح، حبوب الجوارين، الشوفان،...)، الدرة، الجوز،...) يمكن أن تشكل مركبات مع الزنك مما يقلل من امتصاصه وبالتالي من فاعليته.
- وبالتالي، يمكن للأطعمة الغنية بالحديد أو الكالسيوم أن تتفاعل مع الزنك وتقلل من امتصاصه.
- وتجنب ذلك ينبغي أخذ هذا الدواء بعيدا عن فترة الوجبات (على الأقل بفاصل ساعتين) أثناء خطر التفاعلات الغذائية وانخفاض امتصاص الزنك.

الجرعة

لا يجب تناول هذا الدواء خلال فترة الحمل أو بإستشارة من طبيبك. لا يجب تناول الدواء للحمل أو إذا اكتشفت الحمل حامل، فاستشيري طبيبك لأنه وعدم يمكنه أن يحدد ضرورة اتباع العلاج وضبطه مع حالتك.

الرضاعة

يمكن استعمال هذا الدواء خلال الرضاعة.

استشيري طبيبك أو الصيدلي قبل تناول أي دواء.

لا تأثري على القدرة على قيادة السيارات أو استعمال الآلات.

لا شيء.

• **المواصفات المعروفة بتأثيرها،**

• الصوديوم،

• الساكارول.

3 - كيفية استعمال زيناسكين 45 ملغ، أقراص فائرة؟

تعليمات متعلقة بالاستعمال المناسب

أحرصوا دائما على استعمال هذا الدواء بالتحكم بدقة لتعليمات هذه النشرة و لتوصيات طبيبك أو الصيدلي، في حالة الشك، استشيروا طبيبك أو الصيدلي.

• **الجرعات، كيفية وأو طريقة الاستعمال، وتيرة الاستعمال ومدة العلاج**

• **الجرعات**

عموما يجب اتخاذ بروتوكول الطبيب، وعلى سبيل الإشارة فإن الجرعة الاعيادية

في قرص فائق واحدة اليوم.

• **الجرعة**

• **كيفية طريقة الاستعمال**

من طريق الفم.

• **نبات القرص الفائق** في كوب من الماء.

• يؤخذ بعيدا عن الوجبات (بفاصل ساعتين على الأقل)، أو صباحا على الريق لأن

الحمض الهضمي يمكن أن تغير امتصاص الدواء.

• إذا استعملتم كمية كبيرة من زيناسكين 45 ملغ، أقراص فائرة أكثر

• **ما يجب عليكم استعماله (الأعراض والإجراءات التي يجب اتخاذها في حالة الجرعة المفرطة)**

استشيروا طبيبك أو الصيدلي على الفور.

• إذا نسيت استعمال زيناسكين 45 ملغ، أقراص فائرة (الإجراءات

التي يجب عليكم اتخاذها في حالة نسيان جرعة واحدة أو أكثر)

لا تأخذوا جرعة مضاعفة تعويض الجرعة التي نسيت أخذها.

• إذا توقفت من استعمال زيناسكين 45 ملغ، أقراص فائرة (خطر

الإصابة بأعراض الفطام)

لا شيء.

4 - ما هي التآثيرات الغير مرغوب فيها المحتملة؟

جميع الأدوية، يمكن لهذا الدواء أن يحدث آثارا جانبية، على الرغم من عدم حدوثها لدى الجميع.

المرجو قراءة هذه النشرة بعناية قبل استعمال هذا الدواء لأنها تحتوي على معلومات هامة من أجلكم.
استفظوا هذه النشرة، فقد تحتاجون إلى إرفاها من جديد.
- إذا كانت لديكم أسئلة أخرى، أطوبوا المزيد من المعلومات من طرف طبيبك أو الصيدلي.
- لقد تم وصف هذا الدواء كتحسين في شخصيا، لا تعطوه لهذا الأشخاص آخرين فقد يسبب لهم ذلك ضررا، حتى إذا كانت أعراض المرض التي يعانون منها شبيهة بالأمراض التي لديكم.
- إذا لاحظت خطورة الآثار الجانبية أو ظهر عليكم أي آثار جانبي لم يرد ذكره في هذه النشرة، أخبروا طبيبك أو الصيدلي.

زيناسكين 45 ملغ، أقراص فائرة، عليه من 20.

ماذا تتضمن هذه النشرة؟

- 1 - ما هو زيناسكين 45 ملغ، أقراص فائرة وفي أي حالة يستعمل؟
- 2 - ما هي المعلومات التي يجب معرفتها قبل استعمال زيناسكين 45 ملغ، أقراص فائرة؟
- 3 - كيف يجب استعمال زيناسكين 45 ملغ، أقراص فائرة؟
- 4 - ما هي التآثيرات الجانبية المحتملة؟
- 5 - كيف يتم حفظ زيناسكين 45 ملغ، أقراص فائرة؟
- 6 - معلومات إضافية.

1 - ما هو زيناسكين 45 ملغ، أقراص فائرة وفي أي حالة يستعمل؟

المنتج الصيدلي العلاجي وأدوية الفعالية

المنتج الصيدلي العلاجي، مستحضر آخر للاستخدام الهأزي.

الرمز (ATC: D10BX) (D) الأمراض الجلدية).

يحتوي هذا الدواء على الزنك.

دواعي الاستعمال

• حب الشباب،

• التريادة غير الاعيادية في إفرار الجلد الدهنية،

• الصلع،

• تساقط الشعر،

• الفلاقية،

• الأكزيما الناتجة من الحساسية أو المزمعة.

2 - ما هي المعلومات التي يجب معرفتها قبل استعمال زيناسكين 45 ملغ، أقراص فائرة؟

إذا أخبركم طبيبك بعدم تحكمكم لبعض أنواع السكريات، فاستشيروا معه قبل استعمال هذا الدواء.

• لا يجب استعمال زيناسكين 45 ملغ، أقراص فائرة (موانع

الاستعمال)

إذا كانت لديكم حساسية من المادة الفعالة أو لإحدى المكونات الأخرى لهذا

الدواء.

• **أخذوا عند استعمال زيناسكين 45 ملغ، أقراص فائرة (تحذيرات)**

• **احتياطات خاصة عند استعمال**

• **للتخلص من أقص درجات امتصاص الدواء، يجب تناول زيناسكين خارج**

الوجبات.

• **يحتوي هذا الدواء على 143,71 ملغ من الصوديوم لكل قرص فائق. يتعين**

Lot :

210420

A consommer

de préférence avant le : 04/2024

PPC : 79,50 DH

Solution buvable

FITOPOLIS®

FORMES ET PRESENTATIONS :

FITOPOLIS® Adultes Solution buvable - flacons 150 ml et 250 ml.

FITOPOLIS® Enfants Solution buvable - flacons 150 ml et 250 ml.

COMPOSITION :

FITOPOLIS® Adultes : Eau, Fructose, Miel d'eucalyptus, Agent de charge (glycérine), Extrait de propolis, Extrait de feuilles de thym (*Thymus vulgaris*), Acide ascorbique (60 mg), Colorant (caramel), Acidifiant (acide citrique), Extrait sec de racine d'échinacée, Conservateurs (sorbate de potassium, benzoate de sodium) et arômes.

FITOPOLIS® Enfants : Eau, fructose, miel d'eucalyptus, agent de charge (glycérine), extrait de fleurs et feuilles de mauve (*Malva sylvestris*), extrait de propolis, acide ascorbique (Vitamine C : 90 mg/30 ml), arôme, extrait de racine d'échinacée (*Echinacea purpurea*), colorant (caramel), acidifiant (acide citrique), conservateurs (sorbate de potassium, benzoate de sodium).

PROPRIETES ET UTILISATION :

FITOPOLIS® solution buvable est à base d'actifs naturels dont la propolis et

14,60
P P V I 4 2 H 6 0
P E R 0 8 / 2 4
L O T K 2 3 1 0

Doliprane®

1000 mg comprimé effervescent sécable
PARACÉTAMOL

Veuillez lire attentivement cette notice car elle contient des informations importantes pour vous. Ce médicament est disponible sans ordonnance et vous permet donc de soigner des maladies bénignes sans l'aide d'un médecin. Néanmoins, vous devez utiliser Doliprane 1000 mg, comprimé effervescent avec précaution afin d'en obtenir le meilleur résultat. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la lire à nouveau. Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien. Si les symptômes s'aggravent ou persistent après 5 jours, consultez un médecin.

La substance active est : paracétamol 1000 mg pour un comprimé effervescent sécable. Les autres composants sont : acide citrique anhydre, mannitol, saccharine sodique, laurylsulfate de sodium, povidone K90, bicarbonate de sodium, carbonate de sodium anhydre, leucine, arôme orange.
Teneur en sodium : 408 mg par comprimé.

QU'EST-CE QUE DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFERVESCENT ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol.

Il est indiqué en cas de douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses.

Il peut également être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose.

Cette présentation est réservée à l'adulte (à partir de 15 ans) :

Lire attentivement la rubrique "Posologie".

Pour les enfants de moins de 15 ans, il existe d'autres présentations de paracétamol : demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFERVESCENT.

Contre-indications

Ne pas prendre DOLIPRANE 1000 mg, comprimé effervescent dans les cas suivants :

- allergie connue au paracétamol,
- maladie grave du foie,
- enfants de moins de 15 ans.

PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFERVESCENT

Précautions particulières

- Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou en cas d'efficacité insuffisante ou de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin.
- En cas de régime sans sel ou pauvre en sel, tenir compte dans la ration journalière de la présence de sodium : 408 mg par comprimé.
- En cas de maladie grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre médecin avant de prendre du paracétamol.

Mises en garde

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez immédiatement votre médecin.

Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (cf. chapitre "Posologie").

Grossesse et allaitement

Le paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.



أزيكس

أزيتروميسين

تعليمات علاجية:

أزيكس مضاد حيوي من صنف الأزيد منسوب للماكروليد. أزيكس له فعالية على التعفنات الناتجة عن جراثيم يؤثر عليها.

مضادات الإستطباب:

- حساسية للأزيتروميسين أو أي ماکروليد.
- ضعف في وظيفة الكبد.

تنبيه:

- في حالة أي ردود فعل حساسية (طفح جلدي، حكة...) يجب استشارة الطبيب المعالج - يجب الإحاطة إلى علم الطبيب المعالج بأي حساسية عند الإستطباب بالمضادات الحيوية من صنف الماکروليد - لا يجب استعمال هذا الدواء عند المصابين بضعف في وظيفة الكبد - أمام عدم وجود معطيات علمية، ينصح عدم استعمال مشتقات مهماز الجودر.

احتياطات الاستعمال:

- يجب إحاطة علم الطبيب المعالج في حالة:
ضعف في وظيفة الكبد. ردود فعل حساسية. اضطرابات جلدية ناتجة عن حالة حساسية. حالة حمل. حالة رضاع. أخذ أدوية أخرى في آن واحد.

التأثيرات الجانبية:

- اضطرابات هضمية: غثيان، قيء، إسهال وأوجاع بطنية.
- ردود فعل حساسية: حكة، طفح جلدي أو ديماكويونك.

المقادير:

- التقيد بوصفة الطبيب.
- للبالغين و الأطفال الذين يزيد وزنهم عن 45 كغ: قرص واحد من معيار 500 ملغ في اليوم لمدة 3 أيام.

كيفية الإستعمال:

أزيكس أقراص يمكن أخذه في أي حين من اليوم خلال أو خارج الوجبة الغذائية.

أزيكس أقراص من عيار 500 ملغ من الأزيتروميسين. علبة 3 أقراص.

جدول أ (لائحة).

بوتي ش.م.

82، ممر الكازياريناس - عين السبع - الدار البيضاء

س. البشوشي - صيدلي مسؤول

b

Echographie Circoncision



خبير محلف لدى المحاكم
الطب العام
الفحص بالصدى
ختانة الأطفال

Casablanca, le : 12 6 Janv 2022 : الدار البيضاء, في :

FILAL: 25/11

HB.A.C

1152 21

Uke

Crab

RL

T. Taseh

[Handwritten signature]

Ferrite

EVOLULAB
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
187, Bd. Ibnou Sina - Casablanca
Tél: 0522 95 03 34 - Fax: 0522 94 77 45
E-mail: evolulab@hotmail.com
Tél: 0522 95 03 34 - Fax: 0522 94 77 45

Dr. Abdel-Fatah MARZO
Expert Auprès des Tribunaux
Av. Idriss Sina Rés. El Mokhtar
1er Etage Hay Hassani - Casab.
GSM : 06 61 93 38 38

Dr. Abdelfatah MARZOUK

Expert Assermenté Près des Tribunaux
Médecine Générale

Echographie
Circoncision



الدكتور عبد الفتاح مرزوق

خبير محلف لدى المحاكم
الطب العام
الفحص بالصدى
ختانة الأطفال

Casablanca, le : **26/01/2022** : الدار البيضاء, في :

MME FILALI NAJIA
CIN BK84128

TEST SALIVAIRE ANTIGENIQUE

RESULTAT **positif**

DR MARZOUK

Dr. Abdelfatah MARZOUK
Expert Assermenté Près des Tribunaux
Av. Ibnou Sina Rés. El Mokhtar Soussi
1er Etage Hay Hassani - Casablanca
Tél : 05 22 89 59 19

FACTURE N° : 2201272011

INPE: 093061067 IF:14377655

Casablanca le 27-01-2022

Mme Najia FILALI

Date de l'examen : 27-01-2022

Analyses :

Récapitulatif des analyses			
<i>CN</i>	<i>Analyse</i>	<i>Val</i>	<i>Clefs</i>
PS	Prélèvement sang	E25	E
	- ALAT (transaminase TGP)	B50	B
	- ASAT (transaminase TGO)	B50	B
	Cholestérol	B30	B
	- Créatinine	B30	B
	Ferritine	B230	B
	Glycémie à jeun	B30	B
	HbA1c	B100	B
	Cholestérol HDL	B80	B
	Triglycérides	B60	B
	- Urée	B30	B
	Vitamine D - 25- hydroxy-vitamine D - D2 + D3 :	B450	B
	- NFS	B80	B
	Prise de sang	B15	B

Total des B : 1235

TOTAL DOSSIER : 1680.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille six cent quatre-vingts dirhams

EVOLULAB
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
187, Bd. Ibnou Sina - Casablanca
Tél: 0522 95 03 34 - Fax: 0522 94 77 45
E-mail: evolulab@hotmail.com
INPE: 093061067 - IF: 14377655

ANALYSES SPECIALISEES

Vitamine

D-25-hydroxy-vitamineD-D2+D3

(Technique ELFA sur Vidas)

16.10 ng/ml

32.20 nmol/L

STATUT	25-(OH) VITAMINE D
<i>Déficient</i>	<i><20 ng/ml</i>
<i>Insuffisant</i>	<i>20-29 ng/ml</i>
<i>Suffisant</i>	<i>30-100 ng/ml</i>
<i>Toxicité potentielle</i>	<i>>100 ng/ml</i>

EVOLULAB
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
Validé par le biologiste
187, Bd. Ibnou Sina - Casablanca
Tél: 0522 95 03 34 - Fax: 0522 94 77 45
E-mail: evolulab@hotmail.com
ICE: 001666539000001 - N°PC: 003061067 - IF: 14377655

Date du prélèvement : 27-01-2022 à 10:28

Code patient : 2201272011

Né(e) le : 01-01-1953 (69 ans)



Mme Najia FILALI

Dossier N° : 2201272011

Prescripteur :

HEMATOLOGIE

NUMERATION GLOBULAIRE(Sysmex XT-1800i)

Leucocytes	8.59	G/L	(3.90-10.20)
Hématies	4.45	T/L	(3.85-5.20)
Hémoglobine	13.6	g/dL	(11.8-15.8)
Hématocrite	40.2	%	(35.0-45.5)
V.G.M	90.3	fL	(80.0-101.0)
T.C.M.H	30.6	pg	(27.0-34.0)
C.C.M.H	33.8	g/dL	(30.0-36.0)

FORMULE LEUCOCYTAIRE(Sysmex XT-1800i)

Poly. Neutrophiles	59.3	%	
Soit	5.09	G/L	(1.50-7.70)
Poly. Eosinophiles	2.4	%	
Soit	0.21	G/L	(0.02-1.10)
Poly. Basophiles	0.2	%	
Soit	0.02	G/L	(<0.35)
Lymphocytes	31.1	%	
Soit	2.67	G/L	(>1.00)
Monocytes	7.0	%	
Soit	0.60	G/L	(0.10-2.70)
PLAQUETTES(Sysmex XT-1800i)	241	G/L	(150-450)

Commentaire :

Numération formule sanguine normale

BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

Aspect du sérum à 4°:

Limpide

- Urée

(Urease sur AU480)

0.25 g/l (0.15-0.55)

4.16 mmol/L (2.50-9.16)

- Créatinine

(Test colorimétrique enzymatique)

5.2 mg/L (5.0-12.0)

46.0 µmol/L (44.3-106.2)

- Glycémie à jeun

(Beckman AU480)

0.80 G/L (0.70-1.15)

4.44 mmol/L (3.89-6.38)

2201272011 - Mme Najia FILALI

HEMOGLOBINE GLYQUEE A1C:

(Méthode de Référence: HPLC sur GX 723)

5.3 % (4.0-6.0)

Patient non diabétique : 4-6 %

Objectif de thérapie : < 7 %

Modification de thérapie: > 8 %

- Cholestérol total

(Méthode: CHOD-PAP)

1.97 g/l (<2.20)

5.10 mmol/L (<5.69)

- HDL-Cholestérol

(Méthode: Immunoinhibition)

0.49 g/L (>0.35)

1.27 mmol/L (>0.91)

- LDL-Cholestérol

1.27 g/L (<1.50)

3.28 mmol/L (<3.88)

Concentrations "Cibles" de LDL-Cholestérol à atteindre en fonction du nombre de facteurs de risque cardiovasculaire :

Patient à haut risque cardiovasculaire*	3 facteurs de risque	2 facteurs de risque	1 seul facteur de risque	Aucun facteur de risque
< 1,0 g/l	< 1,3 g/l	< 1,6 g/l	< 1,9 g/l	< 2,2 g/l

* ATCD de maladie cardiovasculaire, diabète de type 2 à haut risque, risque élevé de survenue d'un événement coronarien dans les 10 ans.

- Triglycérides

(Méthode: GPO-PAP)

1.03 g/l (<2.00)

1.16 mmol/L (<2.26)

Acceptable : < 2.0 g/l

Limite haute : 2.0-4.0 g/l

Elevée : > 4.0 g/l

- Transaminases GOT (ASAT)

(Méthode : IFCC)

14 UI/L (0-35)

- Transaminases GPT (ALAT)

(Méthode:IFCC)

8 UI/L (0-45)

- Ferritine

(Technique ELFA Vidas)

75.2 ng/mL (15.0-150.0)