

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

## Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

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

## Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

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

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° P19-0035564

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03579 Société : ROYAL AIR MAROC  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : TAÏBI MOHAMMED  
Date de naissance : 1950  
Adresse : 18 Rue N°5 SENHASSA HAY EL HANA CASABLANCA  
Tél. : 0675.150177 Total des frais engagés : 440,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur WAFDI Abderrahim  
Endocrinologue - Diabétologue  
2, Rue Pyrénées - Tél: 0522 25 19 70 - CASA

Date de consultation : 26/05/22  
Nom et prénom du malade : TAÏBI MOHAMMED  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Diabète sucré  
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 : 31/05/2022


Signature de l'adhérent(e) :




# 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
16/05/22		2	2500	<b>Docteur WAFDI Abdelhakim</b> <b>Endocrinologue - Diabétologue</b> 2, Rue Pyrénées - Tél: 0522 25 19 70 - CASA

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/05/22	3671,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
430,000	24/05/22	B470 R 2.9	

# AUXILIAIRES MEDICAUX

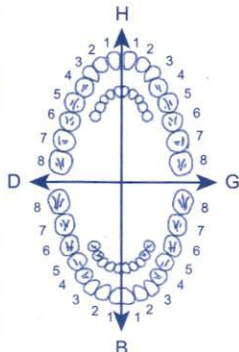
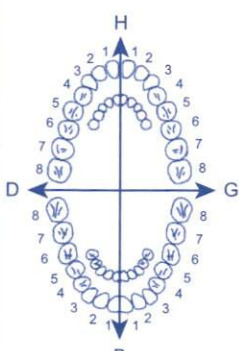
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <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			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



LOT : ZZE001  
PER : 07 2023

KARDEGIC 75MG  
SACHETS 830

P.P.V : 30DH70



LOT : ZZE001  
PER : 07 2023

KARDEGIC 75MG  
SACHETS 830

P.P.V : 30DH70



LOT : ZZE001  
PER : 07 2023

KARDEGIC 75MG  
SACHETS 830

P.P.V : 30DH70



LOT : ZZE001  
PER : 07 2023

KARDEGIC 75MG  
SACHETS 830

P.P.V : 30DH70





# Mixtard® 30 Penfill®

100 UI/ml

Suspension injectable en cartouche  
Insuline humaine (ADN recombinant)

**Veillez lire attentivement cette notice avant de commencer à utiliser votre insuline.**

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin, votre infirmier/ère ou votre pharmacien.
- 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 l'un des effets secondaires s'aggrave ou si vous remarquez des effets secondaires qui ne figurent pas dans cette notice, veuillez en informer votre médecin, votre infirmière ou votre pharmacien.

## 1. Qu'est-ce que Mixtard® et dans quel cas est-il utilisé ?

**Mixtard® est une insuline humaine utilisée pour traiter le diabète.** Le diabète est une maladie au cours de laquelle votre organisme ne produit pas assez d'insuline pour contrôler votre taux de sucre dans le sang. Mixtard® est un mélange d'insuline à action rapide et d'insuline à action prolongée. Ceci signifie qu'il commence à faire baisser votre taux de sucre dans le sang une demi-heure environ après l'injection et que l'effet dure environ 24 heures.

## 2. Avant d'utiliser Mixtard®

besoins en insuline et les  
Consultez votre médecin  
voyages.

### Utilisation d'autres médicaments

Certains médicaments affectent le glucose dans votre corps, ce qui peut modifier vos besoins en insuline. Vous trouverez ci-dessous les plus courants qui peuvent affecter votre insuline. Informez votre médecin ou votre pharmacien si vous prenez ou devez prendre d'autres médicaments, y compris des médicaments sur ordonnance. En particulier, veillez à informer votre médecin si vous prenez l'un des médicaments suivants qui peuvent affecter votre taux de sucre dans le sang :

### Votre besoin d'insuline peut varier

également : d'autres médicaments pour le diabète ; des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'Angiotensine ; des bêta-bloquants ; des inhibiteurs de l'acétylsalicylique ; des stéroïdes ; des sulfonamides ; des contraceptifs ; des glucocorticoïdes ; un traitement par des sympathomimétiques ; des hormones thyroïdiennes ; le danazol ; l'octréotide ou le lanthérogène.

**Thiazolidinediones** (classe des antidiabétiques oraux utilisés pour le traitement du diabète sucré de type 2).

Certains patients ayant un diabète de type 2 ancien, atteints de maladies cardiaques ou ayant déjà présenté un accident vasculaire cérébral, et traités par les Thiazolidinediones en association avec de l'insuline peuvent développer une insuffisance cardiaque. Informez votre médecin dès que possible si vous avez des signes d'une insuffisance cardiaque tels qu'une difficulté à respirer inhabituelle, une augmentation rapide du poids ou un gonflement localisé (œdème).

Mixtard® 30 Penfill®  
100U/ml  
Suspension injectable  
5 cartouches de 3ml  
PPV : 350 DH



Mixtard® 30 Penfill®  
100U/ml  
Suspension injectable  
5 cartouches de 3ml  
PPV : 350 DH



Mixtard® 30 Penfill®  
100U/ml  
Suspension injectable  
5 cartouches de 3ml  
PPV : 350 DH



# Actrapid® Penfill®

100 UI/ml

**Solution injectable en cartouche**  
Insuline humaine (ADN recombinant)

**Veuillez lire attentivement cette notice avant de commencer à utiliser votre insuline.**

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin, votre infirmier/ère ou votre pharmacien.
- 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 l'un des effets secondaires s'aggrave ou si vous remarquez des effets secondaires qui ne figurent pas dans cette notice, veuillez en informer votre médecin, votre infirmière ou votre pharmacien.

## 1. Qu'est-ce qu'Actrapid® et dans quel cas est-il utilisé ?

**Actrapid® est une insuline humaine utilisée pour traiter le diabète.** Le diabète est une maladie au cours de laquelle votre organisme ne produit pas assez d'insuline pour contrôler votre taux de sucre dans le sang. Actrapid® est une insuline à action rapide. Ceci signifie qu'il commence à faire baisser votre taux de sucre dans le sang une demi-heure environ après l'injection et que l'effet dure environ 8 heures. Actrapid® est souvent administré en association avec des produits d'insulines d'action prolongée.

► Si vous partez en vacances, consultez les horaires entre pays pour votre insuline et les horaires de votre médecin si vous envisagez de voyager.

### Utilisation d'autres médicaments

Certains médicaments peuvent interférer avec le glucose dans votre corps d'insuline. Vous trouvez les plus courants qui peuvent interférer avec l'insuline. Informez votre médecin ou votre pharmacien si vous prenez d'autres médicaments, y compris des médicaments sur ordonnance. En particulier, si vous prenez l'un des médicaments suivants qui peuvent affecter votre

### Votre besoin d'insuline

également : d'autres médicaments pour le diabète ; des inhibiteurs de l'enzyme de conversion des bêta-bloquants ; des médicaments pour la conversion de l'Angiotensine II en angiotensine I ; des médicaments pour l'acétysalicylique ; des médicaments pour les sulfonamides ; des médicaments pour les glucocorticoïdes ; un traitement par des sympathomimétiques ; des médicaments pour le danazol ; l'ocréotide ou le

### Thiazolidinediones

(classées comme des médicaments pour le traitement du diabète). Certains patients ayant une maladie cardiaque ou une maladie vasculaire cérébrale, et traités avec une association avec de l'insuline, peuvent développer une insuffisance cardiaque. Informez votre médecin si vous

prenez un médicament tel que possible si vous avez des signes d'une insuffisance cardiaque, tels qu'une difficulté à respirer inhabituelle, une

Actrapid® Penfill®  
100U/ml  
Solution injectable  
5 cartouches de 3ml  
PPV : 350 DH

8-0204-73-230-1



Actrapid® Penfill®  
100U/ml  
Solution injectable  
5 cartouches de 3ml  
PPV : 350 DH

8-0204-73-230-1



Actrapid® Penfill®  
100U/ml  
Solution injectable  
5 cartouches de 3ml  
PPV : 350 DH

8-0204-73-230-1



Actrapid® Penfill®  
100U/ml  
Solution injectable  
5 cartouches de 3ml  
PPV : 350 DH

8-0204-73-230-1







# NOTICE : INFORMATIONS DE L'UTILISATEUR

## ZANIDIP® 10 mg, comprimés pelliculés sécables

Boîtes de 14 et 28  
Chlorhydrate de lercanidipine

**Veillez lire attentivement cette notice avant de prendre 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, ou votre pharmacien.

• 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 ou votre pharmacien. 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 ZANIDIP 10 mg, comprimés pelliculés sécables ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE ZANIDIP 10 mg, comprimés pelliculés sécables ?
3. COMMENT PRENDRE ZANIDIP 10 mg, comprimés pelliculés sécables ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER ZANIDIP 10 mg, comprimés pelliculés sécables ?
6. CONTENU DE L'EMBALLAGE ET AUTRES INFORMATIONS

### 1. QU'EST-CE QUE ZANIDIP 10 mg, comprimés pelliculés sécables ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classé pharmacothérapeutiquement ANTAGONISTE CALCIQUE / ANTIHYPERTENSIF - code ATC : C08CA13.

ZANIDIP contient du chlorhydrate de lercanidipine qui est un antihypertenseur de la famille des antagonistes calciques.

ZANIDIP est utilisé dans le traitement de la pression sanguine trop élevée, aussi appelée hypertension artérielle, chez les adultes de plus de 18 ans (il n'est pas recommandé chez les enfants de moins de 18 ans).

### 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE ZANIDIP 10 mg, comprimés pelliculés sécables ?

#### Ne prenez jamais ZANIDIP 10 mg, comprimés pelliculés sécables :

• Si vous êtes allergique à la substance active ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6.

• Si vous souffrez de certaines maladies cardiaques tels que :

- Obstacle à l'éjection du sang hors du cœur,  
- Insuffisance cardiaque non traitée,

- Angine de poitrine au repos ou s'aggravant progressivement à l'effort ou survenant plus souvent (angine de poitrine instable),

- Infarctus dans le mois précédent.

• Si vous avez une maladie sévère du foie.

• Si vous avez une maladie sévère du rein ou si vous êtes dialysé.

• Si vous prenez des médicaments qui inhibent le métabolisme du foie, comme :

- Des médicaments antifongiques (comme le kétoconazole ou l'itraconazole),

- Des antibiotiques de la famille des macrolides (comme l'érythromycine ou la claritromycine),

- Des médicaments antiviraux (comme le ritonavir).

• Si vous prenez de la ciclosporine (médicament utilisé après une greffe d'organe pour éviter le rejet)

- Des médicaments antiacides (comme le sucralfate ou le pamplemousse).

**Avertissements et précautions**

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre ZANIDIP 10 mg, comprimés pelliculés sécables :

• Si vous avez un problème cardiaque.

• Si vous avez un problème hépatique ou rénal.

• Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous pensez être enceinte ou planifiez une grossesse, informez votre médecin (voir section Grossesse, allaitement et fertilité).

**Enfants et adolescents**

L'efficacité et la sécurité de ce médicament chez les enfants de moins de 18 ans n'ont pas été établies.

**Autres médicaments et ZANIDIP 10 mg, comprimés pelliculés sécables**

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou pourriez prendre tout autre médicament. En cas de prise concomitante, l'effet de ce médicament ou des autres médicaments peut

être modifié/ fréquemment Informez votre médecin/ médicaments/ • De la phé (médicaments)/ • De la rifampic (médicaments)/ • De l'astémiz (allergies)/ • De l'amiodar pour ralentir le/ • Du midazolam/ • De la digoxine/ • Des bêta-blo pression artérielle/ rythme cardiaque/ • De la cimétid traitement des u/ • De la simvas sanguin)/ • D'autres médi

**ZANIDIP 10 mg, comprimés pelliculés sécables**

• Un repas riche en graisses peut augmenter la concentration sanguine de ZANIDIP.  
• L'alcool peut aggraver les effets indésirables de ZANIDIP.  
• ZANIDIP ne doit pas être pris avec du jus de pamplemousse (voir section 2).

**Grossesse, allaitement et fertilité**

Si vous êtes enceinte ou si vous planifiez une grossesse, informez votre médecin.

Si vous prenez un contraceptif oral, informez votre médecin. ZANIDIP n'est pas un contraceptif.

Il ne doit pas être pris avec du jus de pamplemousse (voir section 2).

**Conduite de véhicule**

Si vous avez des troubles de la vision, de la somnolence, ou si vous utilisez des machines, informez votre médecin.

**ZANIDIP 10 mg, comprimés pelliculés sécables**

Si vous prenez du ZANIDIP 10 mg, comprimés pelliculés sécables, ne conduisez pas de véhicule.

**3. COMMENT PRENDRE ZANIDIP 10 mg, comprimés pelliculés sécables ?**

Veillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les indications de votre médecin. Vérifiez auprès de votre médecin ou de votre pharmacien en cas de doute.

**Adultes** : La dose recommandée est de 10 mg par jour, en une prise.

Dans certains cas, la posologie peut être d'un demi-comprimé par jour et, dans d'autres cas, elle peut être de 2 comprimés par jour (voir section 2).

**Utilisation chez les enfants et les adolescents**

Ce médicament ne doit pas être utilisé chez les enfants de moins de 18 ans.

**Utilisation dans la population âgée**

Il n'est pas nécessaire d'adapter la posologie. Cependant, une prudence particulière doit être mise en place lors de l'initiation du traitement.

**Patients ayant des problèmes hépatiques ou rénaux**

Une prudence particulière doit être mise en place lors de l'initiation du traitement. L'augmentation de posologie à 20 mg doit être envisagée avec précaution.

**Mode et voie d'administration**

Voie orale.

Les comprimés doivent être pris chaque jour à la même heure, de préférence le matin, 15 minutes avant le petit déjeuner. Les comprimés sont à avaler avec un peu d'eau.

Le comprimé peut être divisé en doses égales.

**Si vous avez pris plus de ZANIDIP 10 mg, comprimés pelliculés sécables que vous n'auriez dû**

Ne dépassez pas la dose prescrite. Si vous avez pris plus de comprimés que la dose prescrite, parlez-en à votre médecin ou allez sans attendre à l'hôpital. Prenez la boîte avec vous. Si vous prenez une dose trop importante, cela peut causer une baisse trop importante de la pression artérielle et des battements cardiaques irréguliers ou trop rapides.

**Si vous oubliez de prendre ZANIDIP 10 mg, comprimés pelliculés sécables**

Si vous avez oublié de prendre un comprimé, continuez le traitement le jour suivant sans essayer de rattraper cet oubli.

Ne prenez pas une dose double pour compenser le comprimé que vous avez oublié de prendre.

**Si vous arrêtez de prendre ZANIDIP 10 mg, comprimés pelliculés sécables**

Si vous arrêtez de prendre ZANIDIP, votre pression artérielle va augmenter, consultez votre médecin avant d'arrêter votre traitement.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament,





Dr. Wafdi Abderrahim

Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Paris

**ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE**

Diabète - Cholestérol - Hypertension  
Obésité - Thyroïde

الدكتور وافدي عبد الرحيم  
اختصاصي من كلية الطب بباريس

أمراض الغدد - مرض السكر - الملح

الكوليسترول - السمينة

Casablanca, le 24.01.22 في الدار البيضاء،

مواظب محمد

مواظب

فحص في، بروتين في الدم  
و creatinine

~~مواظب محمد~~ 24.01.22

فحص في، بروتين في الدم، و creatinine



**Docteur WAFDI Abderrahim**  
**Endocrinologue - Diabétologue**  
2, Rue Pyrénées - Tél: 0522 25 19 70 - CASA





مختبر التحليلات الطبية الرغراغي

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES REGRAGUI

S. MESTASSI

Biologiste Diplômé de la faculté

De Médecine et de Pharmacie

de Clermont Ferrand

**FACTURE N° : 2205242037**

Casablanca le 24-05-2022

**Mr Mohamed TAIBI**

Date de l'examen : 24-05-2022

INPE :



Caisse : **MUPRAS**

Analyses :

Récapitulatif des analyses				
CN	Analyse	Clé	Clé	Total
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E11.5	E	11.50 MAD
0100	Acide urique	B30	B	26.70 MAD
0111	Créatinine	B30	B	26.70 MAD
0106	Cholestérol total	B30	B	26.70 MAD
0118	Glycémie	B30	B	26.70 MAD
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B	89.00 MAD
0216	Numération formule	B80	B	71.20 MAD
0134	Triglycérides	B60	B	53.40 MAD
0135	Urée	B30	B	26.70 MAD
0110	Cholestérol HDL+ L D L	B80	B	71.20 MAD
Total				<b>429.80 MAD</b>

TOTAL DOSSIER : 430DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cent trente dirhams





# مختبر التحاليل الطبية الرغراغي LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES REGRAGUI

S. MESTASSI  
Biologiste Diplômé de la faculté  
De Médecine et de Pharmacie  
de Clermont Ferrand



Né (e) le: 01-01-1950, âgé (e) de : 72 ans  
Enregistré le: 24-05-2022 à 11:48  
Edité le: 24-05-2022 à 13:14  
Prélèvement : au labo  
Le : 24-05-2022 à 11:53

**Mr Mohamed TAIBI**

Référence : **2205242037**

Prescrit par : **Dr WAFDI Abderrahim**

## HEMATOCYTOLOGIE

### Numération formule sanguine

(Cytométrie en flux et Impédance Beckman Coulter)

12-04-2022

Hématies	<b>4.44</b>	10 <sup>6</sup> /mm <sup>3</sup>	(4.50-6.20)	4.20
Hémoglobine	<b>12.8</b>	g/dl	(13.0-16.6)	12.5
Hématocrite	<b>39.9</b>	%	(40.0-52.0)	37.5
- VGM	90	fL	(80-98)	89
- TCMH	29	pg	(27-33)	30
- CCMH	32	g/dl	(32-36)	33
Leucocytes	6 100	/mm <sup>3</sup>	(4 000-10 000)	5 600
Polynucléaires Neutrophiles	60.3	%		52.8
Soit	3 678	mm <sup>3</sup>	(1 800-7 500)	2 957
Polynucléaires Eosinophiles	0.9	%		1.9
Soit	55	/mm <sup>3</sup>	(0-700)	106
Polynucléaires Basophiles	0.0	%		0.0
Soit	0	/mm <sup>3</sup>	(0-200)	0
Lymphocytes	31.7	%		37.8
Soit	1 934	/mm <sup>3</sup>	(1 000-4 000)	2 117
Monocytes	7.1	%		7.5
Soit	433	/mm <sup>3</sup>	(100-1 000)	420
Plaquettes	221	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	(150-500)	234
VPM	9.2	fl	(6.0-12.0)	8.8



T. Fur  
→



Enregistré le: 24-05-2022 à 11:48  
Edité le: 24-05-2022 à 13:14  
Prescrit par : Dr WAFDI Abderrahim

**Mr Mohamed TAIBI**

Né (e) le : 01-01-1950, âgé (e) de : 72 ans  
Référence : **2205242037**

## BIOCHIMIE SANGUINE (Cobas c311/Roche)

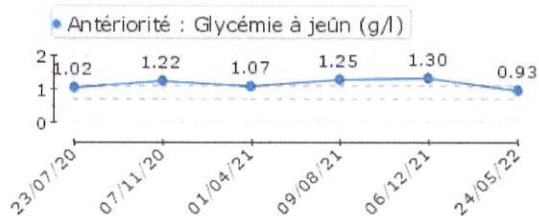
**Glycémie à jeûn**

0.93 g/l (0.70-1.10)  
5.2 mmol/l (3.9-6.1)

06-12-2021

1.30

7.2



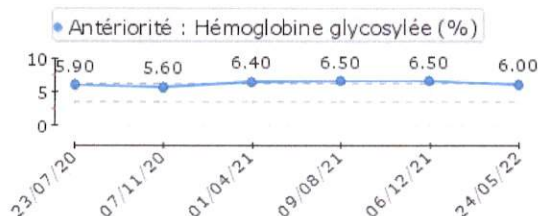
**Hémoglobine glycosylée**

(HPLC /D10.Biora)

6.00 % (3.50-6.25)

06-12-2021

6.50



Interprétation:

Glycémie proche de la normale : 6.7  
Bon contrôle : 7-8  
Métabolisme mal équilibré : >8

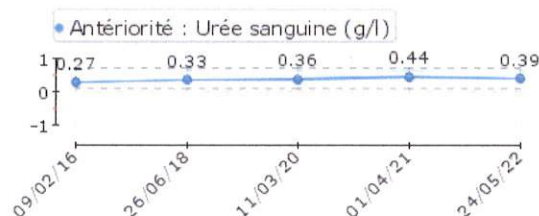
**Urée sanguine**

0.39 g/l (0.10-0.71)  
6.50 mmol/l (1.67-11.83)

01-04-2021

0.44

7.33



**Créatinine sanguine**

(Enzymatique / Cobas c311)

11.8 mg/l (7.0-12.0)  
105 µmol/l (62-107)

01-04-2021

11.2

99



# مختبر التحاليل الطبية الرغراغي LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES REGRAGUI

S. MESTASSI  
Biologiste Diplômé de la faculté  
De Médecine et de Pharmacie  
de Clermont Ferrand

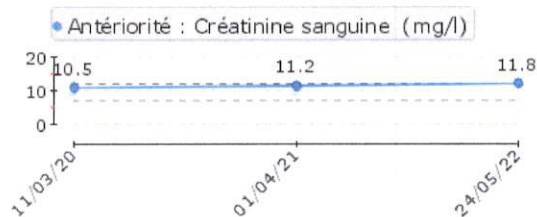


Né (e) le: 01-01-1950, âgé (e) de : 72 ans  
Enregistré le: 24-05-2022 à 11:48  
Edité le: 24-05-2022 à 13:14  
Prélèvement : au labo  
Le : 24-05-2022 à 11:53

**Mr Mohamed TAIBI**

Référence : **2205242037**

Prescrit par : **Dr WAFDI Abderrahim**



DFG par CKD EPI

61.3 ml/min (>60.0)

65.7

L'équation du CKD-EPI est plus précise que celle du MDRD et devrait remplacer cette dernière.

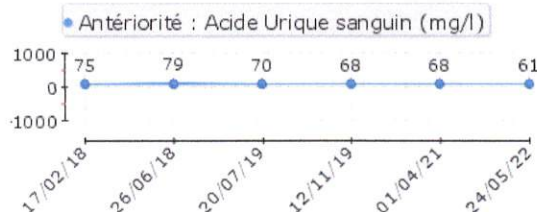
01-04-2021

Acide Urique sanguin

61 mg/l (<84)  
364 µmol/l (<501)

68

405

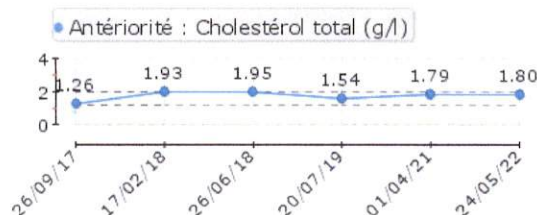


Cholestérol total

1.80 g/l (1.20-2.00)  
4.64 mmol/l (3.10-5.16)

1.79

4.62



01-04-2021

Cholestérol HDL

0.58 g/l (>0.35)  
1.49 mmol/l (>0.90)

0.52

1.34

Rapport CT/HDL  
(Athérogénicité du cholestérol)

3.10 (<5.00)

3.44

01-04-2021



Enregistré le: 24-05-2022 à 11:48  
 Edité le: 24-05-2022 à 13:14  
 Prescrit par : Dr WAFDI Abderrahim

**Mr Mohamed TAIBI**

Né (e) le : 01-01-1950, âgé (e) de : 72 ans  
 Référence : **2205242037**

**Cholestérol LDL**

1.08 g/l (<1.55) 1.12  
 2.79 mmol/l (<4.00) 2.89

**Rapport LDL/HDL**

1.86 (<3.55) 2.15

Le niveau du LDL 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 (HAS, février 2017)

	Faible	Modéré	Elevé	Très élevé
Niveau de risque cardio-vasculaire	SCORE < 1%	-Diabète type 1 ou 2 < 40 ans ni atteinte organe cible -SCORE > ou = 1 - <5%	-IRC (30-59 ml/min) -TA > 180/110 mmHg -Diabète type 1 ou 2 sans FRCV ni atteinte des organes cibles si < 40 ans -SCORE > ou = 5 - <10%	-Diabète type 1 ou 2 avec atteinte d'organe cible ou au moins un FRCV, si < 40 ans -IRC sévère (15 à 29 ml/min) - SCORE > ou = 10%
Objectifs thérapeutiques	Mesure hygiéno-diététiques <b>Cible LDL &lt;1.9 g/l</b> ou 4.9 mmol/l	Mesure hygiéno-diététiques + médicament(s) <b>cible LDL &lt; ou = 1.30 g/l</b> ou 3.4 mmol/l	Mesures hygiéno-diététiques + médicament(s) <b>cible LDL &lt; ou = 1 g/l</b> ou 2.6 mmol/l	Mesures hygiéno-diététiques + médicament(s) <b>Cible LDL &lt; ou = 0.7 g/l</b> ou 1.8 mmol/l

**Triglycérides**

0.69 g/l (<1.50) 0.75  
 0.79 mmol/l (<1.71) 0.86

01-04-2021

