

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 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

M22- 0014413

149709

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2124 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : FTAÏLI Farida

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0653670230 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/01/2023

Nom et prénom du malade : FTAÏLI Farida Age :

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

Nature de la maladie : gène algie

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'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 : 13/01/2023

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 13/01/23 | Ca | 1 | 150.000 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| Pharmacie AL MAJAR LAYOUSSEFI Houda Lotissement JAWHARA, Lot. 238 Rue n°99, Sidi Abou Tél : 00222 71 77 48 INPE : 092040821 | 13/01/23 | 977,30 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
| Laboratoire AL YAKINE D'ANALYSES MEDICALES Rue n°99, Sidi Abou Tél : 00222 71 77 48 INPE : 092040821 | 18/01/2023 | B.630 | 650.000 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

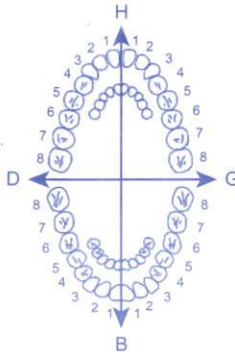
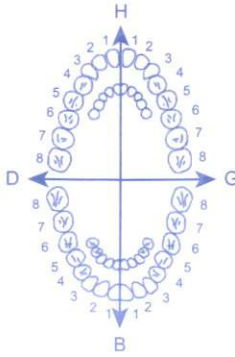
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

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 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | |
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | | | | 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

DOCTEUR JAMILA KARAM

Diplômé du Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca
EX. Médecin Interne au CHU Ibn Rochd
Membre de l'Association Marocaine Echographistes
Medecine Générale
Echographie Générale



الدكتورة جميلة كرام

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
طبيبة داخلية سابقا بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد
عضو الجمعية المغربية للأطباء القاحصين بالصدى
الطب العام
الفحص بالصدى

Casablanca, le 13/01/2023

FTAILI Farida

(1) Lascladine 300 gél
564.00 1 gél/1 Talt 3 mois (188.00 x 3)

(2) Melicam 15-89
83.60 10 gél/1 T

(3) oeds 40 gél
74.10 1 gél/1 Talt 4 T

(4) Dolsantos 15 gtt
129.00 15 gtt/1 Talt 3 mois

(5) Calciphos 126.60
126.60 1 gél/1 Talt 3 mois (42.20 x 3)

977.30

Pharmacie AL MANAR
LAYOUSSI Farida
Lotissement JAWHARA Lot: 236
Rue n° 690 - Casablanca
Tél: 05 22 71 71 71
INF: 06 62 09 08 21

DOCTEUR JAMILA KARAM
Medecine Générale
Résidence Annakhil GH3 Imm. 27 1^{er} Etage App. N°2, Av. Houcine Soussi-Sidi Moumen-Casablanca-Tél.: 05 22 71 56 14

N° de lot :

Date de péremption :

130922

08 2024

PPC : 129,00 Dhs



PIASCLEDINE® 300 mg, gélule
Insaponifiables d'avocat et de soja

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

Vous devez toujours prendre ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou par votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmier/ère.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.

- Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.

- 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.

- Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous sentez moins bien.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que PIASCLEDINE 300 mg, gélule et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître pour prendre PIASCLEDINE 300 mg, gélule ?
3. Comment prendre PIASCLEDINE 300 mg, gélule ?
4. Quels sont les effets indésirables évitables ?
5. Comment conserver PIASCLEDINE 300 mg, gélule ?

Si vous avez pris plus de PIASCLEDINE 300 mg que vous n'auriez dû

Les surdosages de PIASCLEDINE peuvent provoquer ou exacerber des troubles gastro-intestinaux et/ou hépatiques. Si vous avez pris une dose de PIASCLEDINE supérieure à la dose recommandée, consultez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.

Si vous oubliez de prendre PIASCLEDINE 300 mg

Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oublié de prendre. Prenez la dose suivante du médicament comme prévu.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus d'informations à votre médecin, à votre pharmacien ou à votre infirmier/ère.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde. Les effets indésirables les plus fréquemment rapportés avec PIASCLEDINE sont des diarrhées, des douleurs abdominales, une gêne en haut de l'abdomen et des nausées.

Effets indésirables graves possibles :

Contactez immédiatement votre médecin et arrêtez le traitement en cas de survenue de l'un des effets indésirables suivants, qui pourrait être grave et pour lequel vous pourriez avoir besoin d'un traitement médical en urgence :

Signes et symptômes qui peuvent être des signes de réactions allergiques sévères (peu fréquents) :

PIASCLEDINE® 300MG
Boîte de 30 gélules
Distribué par Sothema-Bouskoura
PPV : 188,00 DHS



PIASCLEDINE® 300 mg, gélule
Insaponifiables d'avocat et de soja

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

Vous devez toujours prendre ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou par votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmier/ère.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.

- Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.

- 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.

- Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous sentez moins bien.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que PIASCLEDINE 300 mg, gélule et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître pour prendre PIASCLEDINE 300 mg, gélule ?
3. Comment prendre PIASCLEDINE 300 mg, gélule ?
4. Quels sont les effets indésirables évitables ?
5. Comment conserver PIASCLEDINE 300 mg, gélule ?

Si vous avez pris plus de PIASCLEDINE 300 mg que vous n'auriez dû

Les surdosages de PIASCLEDINE peuvent provoquer ou exacerber des troubles gastro-intestinaux et/ou hépatiques. Si vous avez pris une dose de PIASCLEDINE supérieure à la dose recommandée, consultez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.

Si vous oubliez de prendre PIASCLEDINE 300 mg

Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oublié de prendre. Prenez la dose suivante du médicament comme prévu.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus d'informations à votre médecin, à votre pharmacien ou à votre infirmier/ère.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde. Les effets indésirables les plus fréquemment rapportés avec PIASCLEDINE sont des diarrhées, des douleurs abdominales, une gêne en haut de l'abdomen et des nausées.

Effets indésirables graves possibles :

Contactez immédiatement votre médecin et arrêtez le traitement en cas de survenue de l'un des effets indésirables suivants, qui pourrait être grave et pour lequel vous pourriez avoir besoin d'un traitement médical en urgence :

Signes et symptômes qui peuvent être des signes de réactions allergiques sévères (peu fréquents) :

PIASCLEDINE® 300MG
Boîte de 30 gélules
Distribué par Sothema-Bouskoura
PPV : 188,00 DHS



PIASCLEDINE® 300 mg, gélule
Insaponifiables d'avocat et de soja

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

Vous devez toujours prendre ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou par votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmier/ère.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.

- Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.

- 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.

- Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous sentez moins bien.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que PIASCLEDINE 300 mg, gélule et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître pour prendre PIASCLEDINE 300 mg, gélule ?
3. Comment prendre PIASCLEDINE 300 mg, gélule ?
4. Quels sont les effets indésirables évitables ?
5. Comment conserver PIASCLEDINE 300 mg, gélule ?

Si vous avez pris plus de PIASCLEDINE 300 mg que vous n'auriez dû

Les surdosages de PIASCLEDINE peuvent provoquer ou exacerber des troubles gastro-intestinaux et/ou hépatiques. Si vous avez pris une dose de PIASCLEDINE supérieure à la dose recommandée, consultez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.

Si vous oubliez de prendre PIASCLEDINE 300 mg

Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oublié de prendre. Prenez la dose suivante du médicament comme prévu.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus d'informations à votre médecin, à votre pharmacien ou à votre infirmier/ère.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde. Les effets indésirables les plus fréquemment rapportés avec PIASCLEDINE sont des diarrhées, des douleurs abdominales, une gêne en haut de l'abdomen et des nausées.

Effets indésirables graves possibles :

Contactez immédiatement votre médecin et arrêtez le traitement en cas de survenue de l'un des effets indésirables suivants, qui pourrait être grave et pour lequel vous pourriez avoir besoin d'un traitement médical en urgence :

Signes et symptômes qui peuvent être des signes de réactions allergiques sévères (peu fréquents) :

PIASCLEDINE® 300MG
Boîte de 30 gélules
Distribué par Sothema-Bouskoura
PPV : 188,00 DHS



CALCIFIX[®]

CALCIUM + VITAMINE D₃



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

Elle contient des informations importantes sur votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, 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, car cela pourrait lui être nocif.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

DÉNOMINATION

CALCIFIX[®] D3 500 mg/400 UI

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Carbonate de calcium correspondant à calcium élément..... 500 mg

Cholécalciférol enrobé à 100 000 UI/g* correspondant à cholécalciférol (vitamine D₃) 400 UI

Excipients q.s.p. un comprimé

* mélange de cholécalciférol, d'alphatocophérol, de graisses alimentaires, de gélatine, de saccharose et d'amidon de maïs.

FORME PHARMACEUTIQUE ET PRÉSENTATION

Boîte de 30 comprimés à croquer ou à sucer.

CLASSE PHARMACO-THÉRAPEUTIQUE

APPORT VITAMINO D-CALCIQUE.

DANS QUEL CAS ?

Ce médicament

- chez le sujet

- en association

si le D est insuffisant.

ATTENTION

a) DANS

Ce médicament

- antécédents

- immobilité

- quantification

- élimination

- calculs

- phénylalanine

EN CAS D'EFFETS

urticaire.

CONSULTEZ VOTRE PHARMACIEN.



42,20

CALCIFIX®

CALCIUM + VITAMINE D₃



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

Elle contient des informations importantes sur votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, 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, car cela pourrait lui être nocif.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

DÉNOMINATION

CALCIFIX® D3 500 mg/400 UI

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Carbonate de calcium correspondant à calcium élément..... 500 mg

Cholécalciférol enrobé à 100 000 UI/g* correspondant à cholécalciférol (vitamine D₃) 400 UI

Excipients q.s.p. un comprimé

* mélange de cholécalciférol, d'alphatocophérol, de graisses alimentaires, de gélatine, de saccharose et d'amidon de maïs.

FORME PHARMACEUTIQUE ET PRÉSENTATION

Boîte de 30 comprimés à croquer ou à sucer.

CLASSE PHARMACO-THÉRAPEUTIQUE

APPORT VITAMINO D-CALCIQUE.

DANS QUEL CAS ?

Ce médicament

- chez le sujet

- en association

si le D est insuffisant.

ATTENTION

a) DANS

Ce médicament

- antécédents

- immobilité

- quantification

- élimination

- calculs

- phénylalanine

EN CAS D'EFFETS

urticaire.

CONSULTEZ VOTRE PHARMACIEN.



CALCIFIX[®]

CALCIUM + VITAMINE D₃



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

Elle contient des informations importantes sur votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, 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, car cela pourrait lui être nocif.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

DÉNOMINATION

CALCIFIX[®] D3 500 mg/400 UI

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Carbonate de calcium correspondant à calcium élément..... 500 mg

Cholécalciférol enrobé à 100 000 UI/g* correspondant à cholécalciférol (vitamine D₃) 400 UI

Excipients q.s.p. un comprimé

* mélange de cholécalciférol, d'alphatocophérol, de graisses alimentaires, de gélatine, de saccharose et d'amidon de maïs.

FORME PHARMACEUTIQUE ET PRÉSENTATION

Boîte de 30 comprimés à croquer ou à sucer.

CLASSE PHARMACO-THÉRAPEUTIQUE

APPORT VITAMINO D-CALCIQUE.

DANS QUEL CAS ?

Ce médicament

- chez le sujet

- en association

si le D est insuffisant.

ATTENTION

a) DANS

Ce médicament

- antécédents

- immobilité

- quantification

- élimination

- calculs

- phénylalanine

EN CAS D'EFFETS

urticaire.

CONSULTEZ VOTRE PHARMACIEN.



42,20



Facture 558

Casablanca Le : 18/01/2023

Analyses effectuées le: 18/01/2023

Pour..... **Mme ETAILI FARIDA**

Sur prescription du : Dr KARAM JAMILA

Code.....: 3CN3765

CT=B30 TRI=B50 HBA1C=B130 CA=B30
PHOS=B40 VITD=B350

Total : B 630

Montant Net : 650.00 Dh

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

SIX CENT CINQUANTE Dhs 00 Cts



DOCTEUR JAMILA KARAM

Diplômée du Faculté de Medecine et de Pharmacie de Casablanca

EX. Médecine Interne au CHU Ibn rochd

Membre de l'Association Marocaine Echographie

Medecine Général
Echographie Général

Casablanca, Le : 13/01/2013 : في : الدار البيضاء،

BILAN BIOLOGIQUE

Nom et Prénom : ETAHIL Fanida Age : Sex : M ☐ F ☒

◆ Groupage sanguin

- ☐ Groupe
- ☐ Rhésus
- ☐ RAI
- ☐ Phénotype Rhésus
- ☐ Coombs Indirect
- ☐ Coombs direct

◆ Hématologie/Infectiologie

- ☐ NFS
- ☐ Plaquette
- ☐ Electrophorèse de l'hémoglobine
- ☐ Réticulocytes
- ☐ VS
- ☐ CRP
- ☐ Procalcitonine

◆ Bilan d'hémostase

- ☐ TP
- ☐ INR
- ☐ TCK
- ☐ Fibrinogène
- ☐ D-Dimères
- Bilan lipidique**
- ☒ Cholestérol total
- ☐ Cholestérol HDL
- ☐ Cholestérol LDL

☒ Triglycérides

◆ Bilan Glycémique

- ☒ Glycémie à jeun
- ☐ Hyperglycémie provoquée
- ☒ Hémoglobine glyquée

◆ Bilan marcial

- ☐ Fer sérique
- ☐ CTF
- ☐ Fematine
- ☐ Transferrine
- ☐ Toxoplasmose + rubéole

◆ Lonogramme Sanguin

- ☐ Na+
- ☐ K+
- ☐ Cl-
- ☒ Calcium
- ☐ Réserve Alcaline
- ☒ Phosphore
- ☐ Manganésium
- ☐ Manganésium érythrocytaire
- ☐ Protéines
- ☐ Acide urique

◆ Lonogramme Urinaire

- ☐ Diurèse
- ☐ Na +
- ☐ K+
- ☐ Cl-
- ☐ Calcium
- ☐ Phosphore
- ☐ Urée

◆ Fonction rénale

- ☐ Urée
- ☐ Créatinine
- ☐ Clairance de la créatinine
- ☐ Protéinurie des 24h

◆ Fonction hépatique et pancréatique

- ☐ ASAT
- ☐ ALAT
- ☐ Phosphatase alcaline
- ☐ Gamma GT
- ☐ Bilirubine libre et conjuguée
- ☐ 5 Nucléotidase
- ☐ Amylase
- ☐ Lipase
- ☐ Electrophorèse des protéines

◆ Examen des urines

- ☐ ECBE
- ☐ ATB gamme
- ☐ Test de grossesse

◆ Bilan hormonal

- ☐ Prolactine
- ☐ FSH
- ☐ Oestradiol
- ☐ BHCG
- ☐ T3
- ☐ T4
- ☐ TSH us

◆ Sérologie et immunologie

- ☐ VDRL
- ☐ TPHA
- ☐ Hépatite A
- ☐ Hépatite B
- ☐ Antigène Hbs
- ☐ Antigène Hbe
- ☐ Anticorps anti Hbc
- ☐ Anticorps anti Hbs
- ☐ Anticorps anti Hbe
- ☐ Hépalite C
- ☐ ASLO

◆ Examen des selles

- ☐ Coprologie
- ☐ Parastologie

◆ Divers

- ☐ PSA
- ☐ Phosphatase acide
- ☒ Vitamine D
- ☐ CPK
- ☐ Troponines
- ☐ BNP
- ☐ Pro BNP

Autres :

إقامة النخيل GH3، عمارة 27، الطابق الأول، الشقة 2، شارع الحسين السوسي، سيدي مومن، الدار البيضاء، الهاتف : 05 22 71 56 14

Résidence Annakhil GH3 Imm 27. 1ér Etage App N°2. Av Houcine Soussi - Sidi Moumen - Casa - Tél : 05 22 71 56 14



Prélèvement du : 18/01/2023

Référence : 30118NC509

Matricule :

Mme ETAILI FARIDA

Médecin: Dr. KARAM JAMILA

18/01/2023



3CN3765

BIOCHIMIE

| Analyses | Résultats | | Normes | Antécédents |
|---|-----------|------|-----------------|-------------|
| Hémoglobine glycosylée.A1C..... (Tech. HPLC) | 5.30 | % | (4 à 6) | |
| Glycémie à jeun..... | 0.95 | g/l | (0.70 à 1.10) | |
| Cholestérol total..... | 2.15 | g/l | (< 2.00) | |
| Triglycérides..... | 1.23 | g/l | (< 1.50) | |
| Calcium..... | 84.1 | mg/l | (86 à 107) | |
| Phosphorémie..... | 34.9 | mg/l | (26 à 45) | |





Prélèvement du : 18/01/2023

Référence : 30118NC509

Matricule :

Mme ETAILI FARIDA

Médecin: Dr. KARAM JAMILA

18/01/2023



3CN3765

VITAMINES

Analyses

Résultats

Normes

Antécédents

VITAMINE D2/D3 (25 Hydroxy-vitamine D)
(Tech. Biomerieux Vidas)

Résultat.....: 11.6 ng/ml

Valeurs souhaitables : 30 à 100 ng/ml

Statut déficient : < 20 ng/ml

Statut insuffisant : 20 à 29 ng/ml

Toxicité potentielle : > 100 ng/ml

