

# 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- 054793

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1157

Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HAMAYED EL MILI Rafik

Date de naissance : 07/08/1935

Adresse : 11 Rue de l'Enfance, Babouche, Anfal

Tél. : 0645315315

Total des frais engagés : 107,12 Euros

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : Casa

Le : 21 / 03 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22- 054793

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1157

Nom de l'adhérent(e) : HAMAYED Rafik

Total des frais engagés : 107,12 Euros

Date de dépôt :



# 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

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Bureau Sanguin Labo ledun Rollin ALD	02/02/23	107,12 Trus	

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

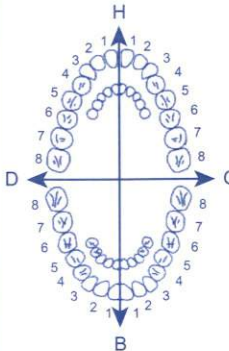
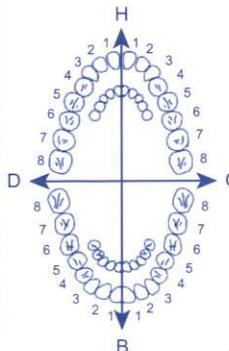
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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																
				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			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
	<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		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
DATE DE L'EXECUTION <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



Hôpital européen Georges-Pompidou

20, rue Leblanc  
75908 PARIS Cedex 15

Tél. : 01 56 09 20 00

**Pôle Cardio-Vasculaire**

**Professeur Emmanuel MESSAS**

*Professeur des Universités*

*Cardiologue – FACC, FESC*

*Past Research fellow Harvard Medical School*

e-mail : [emmanuel.messas@aphp.fr](mailto:emmanuel.messas@aphp.fr)

Secrétariat : 01.56.09.53.36

Fax : 01.56.09.55.11

e-mail : [angela.rocha@aphp.fr](mailto:angela.rocha@aphp.fr)

ASSISTANCE  
PUBLIQUE  HÔPITAUX  
DE PARIS

HAMAYED RAFIK

**ORDONNANCE**

**Prescriptions en rapport avec l'ALD**

**Affection Exonérante**

NFS, VS ; Plaquettes, CRP

Iono sang, urée, Créat,

CPK, TROPONINE, LDH, BNP

Cholestérol total, LDL, HDL,

Triglycérides

Glycémie à jeun, Hb glyquée

T3- T4 – TSH

LP(a)

Paris, le 27 JANVIER 2023

SERVICE DE MEDECINE VASCULAIRE  
Hôpital Européen Georges Pompidou  
Professeur Emmanuel MESSAS  
20 rue Leblanc 75908 Paris Cedex 15  
Secrétariat : 01 56 09 37 55 Fax 01 56 09 55 11  
medecine.vasculaire@aphp.fr  
RPPS 10003744793 750803447

BIO LAM LCD LEDRU ROLLIN  
LABORATOIRE BIOLOGIE MÉDICALE  
83 Avenue Ledru Rollin  
75012 PARIS  
Tél. : 01 46 28 07 53 - Fax : 01 43 43 20 76  
Finess : 75 3 701 192

Professeur Emmanuel MESSAS



**Laboratoire LEDRU ROLLIN**

BIOLAM LCD Autorisation 75 005 519 6

SIRET 41423006000397 – Identification 753 701 192

[siteBiologiste]]

Feuille de soin N°

**M RAFIK HAMAYED EL MILI**  
**84 RUE DE CHARONNE****75011 PARIS 11**

Paris,

Le Jeudi 02 Février 2023

Réf. du dossier : K2302020022**QUITTANCE D'HONORAIRES**

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Nous vous adressons le justificatif de paiement de vos honoraires (tiers payant) à  
présenter à la mutuelle pour votre remboursement.

Dossier

Demande N° K2302020022

Date de l'examen : 02-02-2023

N° SS de l'assuré(e) :

Né(e) le : 07-08-1939

**Récapitulatif quittance d'honoraire :**

Montant Total	Patient	Sécurité Sociale	Mutuelle	Montant actes HN
86.96	86.96	0.00	0.00	20.00

En vous remerciant, veuillez agréer, Madame, Mademoiselle, Monsieur, l'expression de  
nos sincères salutations.

A red rectangular stamp with a checkmark inside a square box on the left and the word "PAYÉ" in bold capital letters to its right.

**Laboratoire LEDRU ROLLIN**

BIOLAM LCD Autorisation 75 005 519 6

SIRET 41423006000397 – Identification 753 701 192

[siteBiologiste]]

Feuille de soin N°

**M RAFIK HAMAYED EL MILI  
84 RUE DE CHARONNE****75011 PARIS 11**Paris,  
Le Jeudi 02 Février 2023Réf. du dossier : K2302020023**QUITTANCE D'HONORAIRES**

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Nous vous adressons le justificatif de paiement de vos honoraires (tiers payant) à présenter à la mutuelle pour votre remboursement.

Dossier

Demande N° K2302020023

Date de l'examen : 02-02-2023

N° SS de l'assuré(e) :

Né(e) le : 07-08-1939

**Récapitulatif quittance d'honoraire :**

Montant Total	Patient	Sécurité Sociale	Mutuelle	Montant actes HN
20.16	20.16	0.00	0.00	0.00

En vous remerciant, veuillez agréer, Madame, Mademoiselle, Monsieur, l'expression de nos sincères salutations.

A red rectangular stamp with a white checkmark inside a square on the left, followed by the word "PAYÉ" in bold, uppercase red letters.



## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) ET LE MALADE (1)

Numéro d'immatriculation		CODE ORGANISME AFFILIATION	
Nom - Prénom (suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)		Nom et Adresse de l'organisme de paiement	
ADRESSE			
HAMAYED EL MILI RAFIK			
84 RUE DE CHARONNE			
75011 PARIS 11		Ne remplir qu'en cas d'accord entre mutuelle et régimes obligatoires	
S'agit-il d'un accident causé par un tiers ?		CODE ORGANISME COMPLEMENTAIRE	
OUI Date		NON	
Si le malade est PENSIONNE DE GUERRE et si les soins concernent l'affection pour laquelle il est pensionné, cocher cette case		X	
SI LE MALADE N'EST PAS L'ASSURE(E)		Nom et Adresse de l'organisme complémentaire	
NOM			
Prénom		Date de naissance	

## PARTIE RESERVEE AU LABORATOIRE

## IDENTIFICATION DU LABORATOIRE

## LBM SELAS LCD SITE LEDRU ROLLIN

30 LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
88 AV LEDRU ROLLIN  
SELAS

CONVENTIONNE

75012 PARIS

=&gt; 75 3 70119 2 001 110 30

CAB. CONV. ZISD IK SPEC

## NOM - Prénom - Qualité (du directeur ou du directeur adjoint autorisé à les effectuer)

## PRESCRIPTEUR : NOM et N°

Nom et Qualité du Prescripteur des actes de prélèvement HOPITAL EUROPEEN GEORGES POMPIDOU 750803447

MALADIE MATERNITE ACCIDENT DU TRAVAIL/MALADIE PROFESSIONNELLE

X Indiquer la date prévue de l'accouchement ou la date de l'accident

## ACTES DE PRELEVEMENT

Date d'exécution des actes	Cotation des actes suivant nomenclature 1	Montant des actes 2	Majorations (nuit, dimanche jour férié) 3	Montant du dépassement (DE) 4	Montant total des actes de prélèvement 5(2+3+4)	I.F. ou I.F.D. 6	I.D. 7	I.K. 8	Montant 9	Dépassement D.D. 10	Total des frais de déplacement 11
02-02-2023	TB 1.5	3.78	0.00	0.00	3.78		0.00	0	0.00		0.00

## FRAIS ACCESSOIRES

## ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE

ACTES EFFECTUES	Remboursement inférieur à 100 %	Remboursement à 100 %	Montant des actes hors nomenclature	Montant des actes effectués y compris les suppléments 12	Montant du dépassement D.E. 13
7335(B58) + 9105(B5)	63	0	0.00	16.38	16.38
				TOTAL * (5+11+12+13)	€
				Part organisme complémentaire	20.16
				Part organisme complémentaire	0.00 Part assuré
Suppléments nuit, dimanche et jour férié				Date 0.00 prescription	Date 20.16 des examens
TOTAL DES COEFFICIENTS					
NOM et N° du laboratoire transmetteur 63 (à indiquer par le laboratoire exécutant)				27-01-2023	02-02-2023

## REMBOURSEMENT

## AU LABORATOIRE

Cachet « tiers payant »

## A L'ASSURE (E)

VIREMENT A UN COMPTE POSTAL, BANCAIRE OU DE CAISSE D'EPARGNE. Lors de la première demande de remboursement, joindre le relevé d'identité correspondant.

## AUTRE MODE DE PAIEMENT

Le remboursement des actes effectués par le laboratoire nécessite la signature de l'assuré(e) et la signature du Directeur du laboratoire attestant l'exécution des actes et le cas échéant le paiement.

Signature du Directeur du laboratoire attestant l'exécution des actes et le cas échéant le paiement

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L377-1 du Code de la Sécurité Sociale, 441-1 du Code Pénal)

(1) se reporter à la carte d'assurance maladie pour les renseignements n'y figurant pas, à remplir selon les indications du malade

FB01-02

IMP. COSTE AUBENAS

S 3131e

LEDRU ROLLIN - 88 Avenue Ledru Rollin - 75012 Paris

Tel : 01 46 28 07 53 - Fax : 01 88 80 11 18

Dont patient :

M HAMAYED EL MILI RAFIK  
84 RUE DE CHARONNE

75011 PARIS 11

Dossier : K2302020023 du 02-02-2023

## NOTE HONORAIRES EN EUROS

Déplacements	0.00	
Prélèvements	3.78	
Nomenclature	16.38	
Examens non remboursés	0.00	
Examens transmis	0.00	
TOTAL	20.16	20.16
TOTAL OP1 (%)	0.00	
TOTAL OP2 (%)	0.00	

M HAMAYED EL MILI RAFIK (07-08-1939)

Reste à payer

0.00



## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) ET LE MALADE (1)

Numéro d'immatriculation

Nom - Prénom

(suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)

ADRESSE

HAMAYED EL MILI RAFIK

84 RUE DE CHARONNE

75011 PARIS 11

CODE ORGANISME AFFILIATION

Nom et Adresse

de l'organisme

de paiement

Ne remplir qu'en cas d'accord entre mutuelle et régimes obligatoires

S'agit-il d'un accident

causé par un tiers ?

Si le malade est PENSIONNE DE GUERRE et si les soins

concernent l'affection pour laquelle il est pensionné, cocher cette case

OUI Date

NON

X

SI LE MALADE N'EST PAS L'ASSURE(E)

CODE ORGANISME COMPLEMENTAIRE

Nom et Adresse

de l'organisme

complémentaire

NOM

Prénom

Date de naissance

## PARTIE RESERVEE AU LABORATOIRE

## IDENTIFICATION DU LABORATOIRE

LBM SELAS LCD SITE LEDRU ROLLIN

30 LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

88 AV LEDRU ROLLIN

SELAS

75012 PARIS

CONVENTIONNE

=&gt; 75 3 70119 2 001 110 30

CAB. CONV. Z.I.S.D IK SPEC

NOM - Prénom - Qualité

ACTES RESERVES

(du directeur ou du directeur adjoint autorisé à les effectuer)

PRESCRIPTEUR : NOM et N°

Nom HOPITAL EUROPEEN GEORGES POMPIDOU N° 750803447

MALADIE MATERNITE ACCIDENT DU TRAVAIL/MALADIE PROFESSIONNELLE

X Indiquer la date prévue de l'accouchement ou la date de l'accident

## ACTES DE PRELEVEMENT

## FRAIS ACCESSOIRES

Date d'exécution des actes	Cotation des actes suivant nomenclature 1 *	Montant des actes 2	Majorations (nuit, dimanche jour férié) 3	Montant du dépassement (DE) 4	Montant total des actes de prélèvement 5(2+3+4)	I.F. ou I.F.D. 6	I.D. 7	Nombre 8	I.K. Montant 9	Dépassement D.D. 10	Total des frais de déplacement 11
02-02-2023	TB 1.5	3.78	0.00	0.00	3.78		0.00	0	0.00		0.00

## ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE

ACTES EFFECTUES	Remboursement inférieur à 100 %	Remboursement à 100 %	Montant des actes hors nomenclature	Montant des actes effectués y compris les suppléments 12	Montant du dépassement D.E. 13
0521(B6) + 0552(B5) + 0591(B5) + 0592(B6) + 0996(B16) + 1104(B22) + 1124(B4) + 1209(B54) + 1520(B6) + 1577(B19) + 1609(B10) + 1804(B8) + 1821(B60) + 9005(B17) + 9105(B5)	243	0	20.00	83.18	
				TOTAL * (5+11+12+13)	€
				Part organisme laboratoire	86.96
				Part organisme complémentaire	0.00
				Part assuré	
Suppléments nuit, dimanche et jour férié				Date d'exécution des examens	0.00
TOTAL DES COEFFICIENTS				Date d'exécution des examens	86.96

NOM et (si le laboratoire transmetteur (1) indiquer par le laboratoire exécutant)

27-01-2023 02-02-2023

BIO LAM LCD SITE LEDRU ROLLIN

LABORATOIRE BIOLOGIE MEDICALE

88 Avenue Ledru Rollin

75012 PARIS

Tél. : 01 46 28 07 53 - Fax : 01 43 43 20 70

Finess : 75 3 701 192

## REMBOURSEMENT

A L'ASSURE (E)

VIREMENT A UN COMPTE POSTAL, BANCAIRE OU DE CAISSE D'EPARGNE. Lors de la première demande de remboursement, joindre le relevé d'identité correspondant.

## AUTRE MODE DE PAIEMENT

Le remboursement des prestations de l'assurance maladie exige l'enregistrement des données codées relatives aux actes effectués et aux prestations servies. La Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

Signature de l'assuré(e)

Signature du Directeur du laboratoire attestant l'exécution des actes et le cas échéant le paiement

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L377-1 du Code de la Sécurité Sociale, 441-1 du Code Pénal)

(1) se reporter à la carte d'assurance maladie (et pour les renseignements n'y figurant pas, à remplir selon les indications du malade)

FB01-02

IMP. COSTE AUBENAS

S 3131e

LEDRU ROLLIN - 88 Avenue Ledru Rollin - 75012 Paris

Tel : 01 46 28 07 53 - Fax : 01 88 80 11 18

Dont patient :

NOTE HONORAIRE EN EUROS	
Déplacements	0.00
Prélèvements	3.78
Nomenclature	63.18
Examens non remboursés	20.00
Examens transmis	0.00
TOTAL	86.96
TOTAL OP1 ( ) %	0.00
TOTAL OP2 ( ) %	0.00

0.00

3.78

63.18

20.00

0.00

86.96

0.00

0.00

M HAMAYED EL MILI RAFIK

84 RUE DE CHARONNE

75011 PARIS 11

Dossier : K2302020022 du 02-02-2023

M HAMAYED EL MILI RAFIK (07-08-1939)

Reste à payer

0.00

Vos biologistes : F. BERREBBI – V. BEYSSEN – J.M. HADJEZ – S. RIGAL BAUDET – A. QUINTART – H. SAADA – S.MICHELSON

**M HAMAYED EL MILI RAFIK**

Date de naissance: 07-08-1939 (83 ans) Sexe: M

84 RUE DE CHARONNE

75011 – PARIS 11

Prescrit par le HOPITAL EUROPEEN GEORGES POMPIDOU - 20 RUE LEBLANC

- 75908 PARIS DEDEX 15

Sauf mention contraire, prélevé le : 02-02-2023 08:32

Enregistré le 02-02-2023 08:32

Edité le Jeudi 02 Février 2023 à 18:06

Référence K2302020022

**M HAMAYED EL MILI RAFIK**

84 RUE DE CHARONNE

75011 PARIS 11

Intervalle de référence

Antériorités



Le laboratoire est accrédité pour les examens suivis du signe \*\*.

Accréditation n°8-3024.

Liste des sites et portées disponible sur [www.cofrac.fr](http://www.cofrac.fr)

**INFORMATION**

Nom du prescripteur :

DR MESSAS

Service :

Téléphone :

Dossier validé biologiquement par Dr Jean-Michel HADJEZ





## HEMATOLOGIE

Nature de l'échantillon : Sang

### HEMOGRAMME\*\*

(Cytométrie en flux, photométrie pour l'hémoglobine, hématocrite mesuré, VGM et CCMH calculés)

Hématies **	5,32 T/L	(4,08-5,60)
Hémoglobine	15,3 g/dL	(12,9-16,7)
Hématocrite	45,2 %	(38,0-49,0)
V.G.M.	85 fL	(83-97)
T.C.M.H.	28,8 pg	(27,8-33,9)
C.C.M.H.	33,8 %	(32,3-36,1)
I.D.R.	13,8 %	(11,2-15,9)
Leucocytes **	7,77 G/L	(3,80-10,00)

### FORMULE LEUCOCYTAIRE\*\*

Automate Sysmex (Impédance - Cytométrie en flux - Spectrophotométrie)

Polynucléaires neutrophiles	46,1 %	Soit	3,58 G/L	(1,60-5,90)
Polynucléaires éosinophiles	4,4 %	Soit	0,34 G/L	(0,03-0,50)
Polynucléaires basophiles	0,3 %	Soit	0,02 G/L	(0,00-0,09)
Lymphocytes	41,2 %	Soit	3,20 G/L	(1,07-4,10)
Monocytes	8,0 %	Soit	0,62 G/L	(0,23-0,71)

Plaquettes \*\* 238 G/L (140-385)

(Impédance et/ou fluorescence)

V.P.M. (Vol. plaq. moyen) \*\* 11,0 fL (8,8-12,2)

Vitesse de sédimentation : Première heure 16 mm (1-32)

(Photométrie capillaire)

La mesure de la VS par photométrie capillaire peut être minorée en cas de myélome multiple.



Vos biologistes : F. BERREBBI – V. BEYSSEN – J.M.  
HADJEZ – S. RIGAL BAUDET – A. QUINTART – H. SAADA –  
S.MICHELSON

**Dossier K2302020022** du  
02-02-2023

**M HAMAYED EL MILI RAFIK** né(e) 07-08-1939 Sexe: M

Intervalle de référence

Antécédents

## BIOCHIMIE

Nature de l'échantillon : Sang

**Protéine C-Réactive \*\***  
(Dosage immunoturbidimétrique)

**13,5** mg/L (0,0-5,0)  
**128,5** nmol/L (0,0-47,6)

**Glycémie \*\***  
(Technique de référence à l'hexokinase)

**1,03** g/L (0,82-1,15)  
**5,72** mmol/L (4,55-6,38)

**Hémoglobine A1c (NGSP) : \*\***  
(Chromatographie liquide haute performance (HPLC))

**6,3** %

(IFCC) : \*\*

**45** mmol/mol Hb (20-42)

Selon les recommandations de la Société Française de Diabétologie (Med Mal Metab 2021 ;15 :781-801), la cible à atteindre pour l'HbA1c :

- < ou = 7% chez les patients dits « en bonne santé » et autonomes
- < ou = 8% chez les patients avec facteurs de risque
- > 7 et < ou = 8% chez les patients avec facteurs de risque et traités par sulfamides hypoglycémifiants, glinide ou insuline.
- < 9% et/ou glycémies capillaires préprandiales entre 1 et 2 g/L chez les patients dits « dépendants » et atteints de polypathologie chronique évoluée
- > 8% et < 9% et/ou glycémies capillaires préprandiales > 1.40g/L chez les patients dits « dépendants » et atteints de polypathologie chronique évoluée et traités par sulfamides hypoglycémifiants, glinide ou insuline.

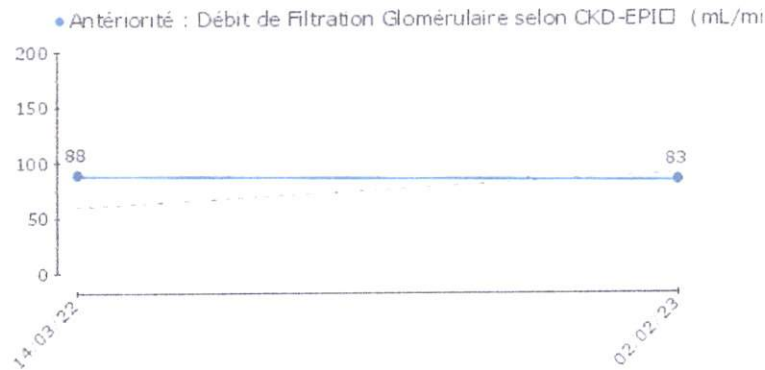
**Urée \*\***  
(Test cinétique)

**0,35** g/L (0,17-0,49)  
**5,83** mmol/L (2,83-8,16)



		Intervalle de référence	Antériorités
			14-03-2022
Créatinine **	7,8 mg/L	(6,7-11,7)	7,0
(Colorimétrie enzymatique )	69 µmol/L	(59-103)	
Débit de Filtration Glomérulaire selon CKD-EPI	83 mL/min/1,73 m2	(>90)	88
(selon la formule CKD-EPI)			
Débit de Filtration Glomérulaire **	95 mL/min/1,73 m2	(>90)	108
(selon la formule MDRD (caucasien) / 1,73 m2)			

DFG entre 60 ml/min/1,73 m2 et 90 ml/min/1,73 m2 pendant plus de 3 mois peut être évocateur d'une maladie rénale chronique. A confronter au contexte clinique. (HAS 2012).



Bilan lipidique

Aspect	Limpe		
Cholestérol **	1,81 g/L	(0,50-2,00)	
(Colorimétrie enzymatique)	4,69 mmol/L	(1,30-5,18)	
H.D.L. Cholestérol **	0,44 g/L	(>0,55)	
(Enzymatique HDL-direct)	1,14 mmol/L	(>1,42)	
L.D.L. Cholestérol calculé	1,07 g/L		
(Calculé selon la formule de Friedewald)	2,77 mmol/L		

Le niveau du LDL-c 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.

Objectifs de LDL-c en fonction du niveau de risque cardio-vasculaire (European Society of Cardiology 2019, guidelines for the management of dyslipidemias : lipid modification to reduce cardiovascular risk) :

Risque très élevé	(Score >= 10%) :	LDLc < 0.55 g/l
Risque élevé	(Score 5 à 10%) :	LDLc < 0.70 g/l
Risque modéré	(Score 1 à 5%) :	LDLc < 1.0g/l
Risque faible	(Score < 1%) :	LDLc <1.16g/l

Dossier validé biologiquement par Dr Jean-Michel HADJEZ

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO