

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 080928

198758

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0001542 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite  
 Nom & Prénom : K. D. S. M. HAMED  
 Date de naissance : 01/01/1940  
 Adresse : Dr LAHJILATE - EL JADIDA  
 Tél. : 0670 921653 Total des frais engagés : 1472.20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

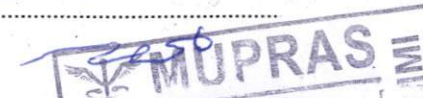
Date de consultation : 26/02/24  
 Nom et prénom du malade : K. D. S. M. HAMED Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection longue durée  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :  
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, 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 : EL JADIDA

Le : 27/02/2024

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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.



# 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
26/02/2024	CS		40000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE OULED AÏSSA Dr. MELLOUKI EL MOKHTAR Had Ouled Aïssa Tel: 06 82 00 93 27 INPE: 112047113	26/02/2024	5078

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>مختبر السمالي</p> <p>Laboratoire Semlali</p> <p>SEMLALI M. YOUSSEF</p> <p>PHARMACIEN BIOLOGISTE</p> <p>138, Av. Bouchara Boukkali</p> <p>Tel: 0523 343 742 - El Jadida</p>	23/02/2024	Byro	5040

# AUXILIAIRES MEDICAUX

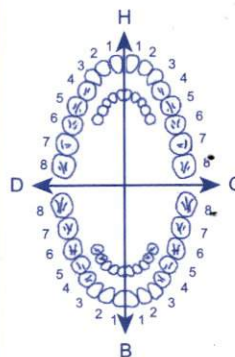
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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"/>

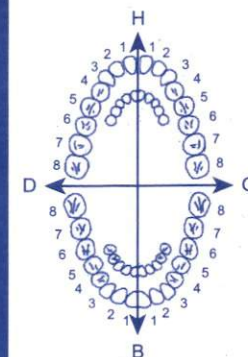
## O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		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

# عيادة طب وجراحة الكلي والمسالك البولية

**Dr. ADIL GOUMRI**

**SPÉCIALISTE CHIRURGIEN UROLOGUE**

- EXPLORATION ET CHIRURGIE ENDOSCOPIQUE
- CHIRURGIE COELIOSCOPIQUE
- STÉRILITÉ CHEZ L'HOMME
- IMPUISSANCE SEXUELLE
- CHIRURGIE DE L'ENFANT : CIRCONCISION
- CHIRURGIE INGUINO-SCROTAL
- LITHOTRIPSIE



**الدكتور عادل ثمري**

**اختصاصي في طب وجراحة الكلي والمسالك البولية**

- الفحص بالمنظار للجهاز البولي
- العلاج الجراحي بالمنظار الطبي الباطني
- العقم عند الرجال - الضعف الجنسي
- جراحة المسالك البولية عند الأطفال : الختان
- جراحة الفتق
- تفتيت الحصى بدون جراحة



111164356

El Jadida Le 26/02/2024 الجديدة في

**ORDONNANCE MEDICALE**

**Monsieur Kodsi m'hamed**

**1 UMAX 400 MG LP, GÉLULE**

1 gel le soir 3 mois

**2 OCET 200MG, COMPRIMÉ**

1 cp 2 par j 10 j

**3 DOXYMYCINE 200 MG COMPRIMÉ DISPERSIBLE**

1 cp le soir 10 j

PHARMACIE OULED AÏSSA  
Dr. MELLOUKI EL MOKHTAR  
Hdd Ouled Aïssa  
Tél: 06 82 90 93 27  
INPE: 112047113

**Dr. Adil Goumri**  
Chirurgien Urologue  
144, Av. Abou Chouaib Doukkali, El Jadida  
Tél: 05 23 39 52 52 - Mobile: 06 61 85 26 26

Rendez-vous le : .....

الموعد في .....

144, Av. Abou Chouaib Doukkali, El Jadida الجديدة شارع أبو شعيب الدكالي، الجديدة

Tél. : 05 23 39 52 52 - Mobile : 06 61 85 26 26



# DOXYMYCINE®

(doxycycline)

## FORMES PHARMACEUTIQUES ET PRESENTATIONS

Comprimés dosés à 100 mg : Boîte de 10 comprimés  
Comprimés dosés à 200 mg : Boîte de 10 comprimés  
Comprimés dispersibles dosés à 100 mg : Boîtes de 10 et 30 comprimés  
Comprimés dispersibles dosés à 200 mg : Boîte de 10 comprimés

## COMPOSITION

- Comprimés dosés à 100 mg

(sous forme d'hydrate)

Excipients : povidone, silice colloïdale anhydre, stéarate

comprimé

- Comprimés dosés à 200 mg

(sous forme d'hydrate)

Excipients : povidone, silice colloïdale anhydre, stéarate

comprimé

- Comprimés dispersibles dosés à 100 mg

(sous forme de monohydrate)

Excipients : calcium phosphate dicalcique, silice colloïdale

magnésium, saccharine sodique, arôme citron, cellulose

- Comprimés dispersibles dosés à 200 mg

(sous forme de monohydrate)

Excipients : calcium phosphate dicalcique, silice colloïdale

magnésium, saccharine sodique, arôme citron, cellulose

Antibactérien de la famille des tétracyclines.

## DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

DOXYMYCINE® est indiquée dans toutes les infections à germes sensibles, en particulier dans leur manifestations :

- Respiratoires et ORL

- Uro-génitales

- Cutanées, Acné

- Ophtalmologiques

- Systémiques

et dans la syphilis en cas d'allergie aux bêta-lactamines

## CONTRE-INDICATIONS

DOXYMYCINE® est contre indiquée en particulier chez :

- La femme enceinte ou qui allaite

- Le prématuré, le nourrisson et chez l'enfant de moins de 8 ans

- En cas d'allergie aux tétracyclines

- En cas d'utilisation des rétinoides par voie générale

photo-toxique

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## MISES EN GARDE

Il faut respecter les conditions d'administration.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI

- A prendre au cours d'un repas avec une quantité d'eau suffisante pour éviter une éventuelle intolérance digestive.

- En raison des risques de photosensibilisation, il est conseillé d'éviter toute exposition directe au soleil et aux U.V. pendant le traitement qui doit être interrompu en cas d'apparition de manifestations cutanées à type d'érythème.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS ET NOTAMMENT phénothiazol, les barbituriques, les antiacides, les rétinoides, les anticoagulants oraux, IL FAUT SIGNALER IMMEDIATEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

DOXYMYCINE 200 mg 10 cps disp

PPV : 65DH40 EXP : 08/2025  
LOT : 36017 1

# OCET® 200 mg, comprimés enrobés

## Ofloxacin

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

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, 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, cela pourrait lui être nocif.

### 1. QU'EST-CE QUE OCET 200 mg, comprimés enrobés ET DANS QUEL CAS ?

Ce médicament est un antibiotique antibactérien de la famille des quinolones. Ce médicament est indiqué dans le traitement de certaines infections bactériennes.

### 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE CE MEDICAMENT ?

**Ne prenez jamais OCET 200 mg, comprimés enrobés dans les cas :**

- antécédents de tendinite avec un médicament de la même famille,
- allergie à ce médicament ou aux médicaments de la famille des quinolones,
- épilepsie,
- enfant de moins de 6 ans,
- déficit en glucose-6-phosphate-déshydrogénase.

L'administration de ce médicament contre-indique l'allaitement.

Ce médicament NE DOIT GÉNÉRALEMENT PAS ÊTRE UTILISÉ :

- chez l'enfant à partir de l'âge de 6 ans jusqu'à la fin de la période de croissance, sauf cas exceptionnels.
- EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU PHARMACIEN.

**Faites attention avec OCET 200 mg, comprimés enrobés :**

#### Mises en garde spéciales

- Les antibiotiques peuvent provoquer rarement des diarrhées sévères, persistantes et/ou sanglantes. Si une diarrhée survient pendant ou après la prise de ce médicament, vous devez contacter immédiatement votre médecin ou votre pharmacien. La survenue de diarrhée au cours du traitement peut être le signe de complications graves (voir les effets indésirables éventuels?).
- Éviter l'exposition au soleil et aux rayonnements ultra-violet pendant le traitement, en raison d'une sensibilité accrue à la lumière (photosensibilisation) et d'une exposition au soleil ou aux U.V).
- Attention à la prise de ce médicament si vous êtes une personne âgée ou si vous prenez des médicaments corticostéroïdes pendant une longue période, en raison du risque de tendinite (inflammation d'un tendon) et de rupture du tendon d'Achille. Le risque d'arthropathie (maladie des articulations) est à surveiller, plus particulièrement chez l'enfant.
- Dans de très rares cas, des troubles du comportement peuvent survenir dès les premières prises du médicament. Il faut alors prévenir votre médecin sans tarder, car le médicament devant être arrêté (voir Quels sont les effets indésirables éventuels?).
- En raison de la présence de lactose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas de galactosémie, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en lactase (maladies métaboliques rares).
- La prise de comprimé est contre-indiquée chez l'enfant avant 6 ans car il peut avaler de travers et s'étouffer.

#### Précautions d'emploi

Il est important de prévenir votre médecin en cas d'antécédents de convulsions ou de myasthénie (maladie des muscles).

En cas de douleur ou de gonflement du tendon d'Achille, arrêter le traitement, rester au repos complet et prévenir immédiatement votre médecin.

Chez l'enfant, en cas de douleur articulaire, arrêter le traitement, mettre l'articulation concernée au repos et prévenir votre médecin qui vous indiquera les mesures à prendre.

LOT 232849 1  
EXP 09 2026  
PPV 108.00



OCET 200 mg

Boîte de 20 comprimés enrobés



6 118000 022329

pharmaco-membraneuse. Si une réaction allergique survient, arrêter le traitement et consulter votre médecin (voir Quels sont les effets indésirables éventuels?).

dermatite cutanée lors d'une exposition prolongée au soleil.





# UMAX® 400 µg LP

Microgranules à libération prolongée en gélule (Tamsulosine)

Veillez lire attentivement l'intégralité du médicament car elle contient des informations importantes.

**Gardez cette notice, vous pourriez en avoir besoin.**

- Si vous avez d'autres questions, demandez-les à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été prescrit pour vous-même. Il pourrait être prescrit à d'autres personnes. Il pourrait leur être utile si leur maladie est identique à la vôtre.
- Si l'un des effets indésirables décrits dans cette notice est un effet indésirable non mentionné dans cette notice, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

Que contient cette notice :

1. Qu'est-ce que UMAX® 400 µg LP Gélule ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre UMAX® 400 µg LP Gélule ?
3. Comment prendre UMAX® 400 µg LP Gélule ?
4. Quels sont les effets indésirables ?
5. Comment conserver UMAX® 400 µg LP Gélule ?
6. Informations supplémentaires

## 1. QU'EST-CE QUE UMAX® 400 µg LP GÉLULE ?

Classe pharmacothérapeutique : dans l'hypertrophie bénigne de la prostate. UMAX® 400 µg LP Gélule appartient à une famille de médicaments qui peuvent vous empêcher d'uriner de volume (hypertrophie) bénigne. Ce médicament est utilisé uniquement pour soulager les douleurs du bas appareil urinaire dues à un élargissement de la glande prostatique (hyperplasie bénigne de la prostate). Ces douleurs peuvent être des difficultés à uriner (débit urinaire faible), miction goutte à goutte, besoin urgent d'uriner et envie d'uriner fréquemment aussi bien la nuit que le jour.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE UMAX® 400 µg LP Gélule ?

### Ne prenez jamais UMAX® 400 µg LP Gélule :

- Si vous êtes allergique (hypersensible) à la substance active (la tamsulosine) ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament (vous trouverez la liste des composants à la rubrique 6).
- Si vous êtes allergique (hypersensible) à un médicament de la même famille (les alpha-bloquants).
- Si vous avez déjà eu des gonflements (oedèmes) du visage, des lèvres et de certaines parties de votre corps (les muqueuses) après avoir pris ce médicament.
- Si vous avez déjà eu auparavant une baisse de votre tension artérielle lors d'un passage de la position couchée à la position debout pouvant s'accompagner de vertiges et de malaises (hypotension orthostatique).
- Si vous avez une maladie sévère du foie (insuffisance hépatique sévère).

### Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin avant de prendre UMAX® 400 µg LP Gélule. Vous devez prévenir votre médecin si :

- Vous prenez des médicaments pour traiter une tension artérielle élevée (antihypertenseurs).
- Vous avez déjà eu des malaises alors que vous urinez ou après avoir uriné (syncope mictionnelle).
- Vous avez une maladie des reins (insuffisance rénale chronique).
- Vous avez plus de 65 ans.
- Vous avez des maladies du cœur (patient coronarien). En cas d'aggravation d'un angor, le traitement par ce médicament devra être interrompu.

Pendant le traitement, si vous avez des gonflements (oedèmes) du visage, des lèvres et de certaines parties de votre corps (les muqueuses), cela peut être le signe d'une réaction allergique au médicament. Dans ce cas, vous devez arrêter le traitement et consulter immédiatement votre médecin.

Des malaises peuvent survenir rarement avec UMAX® 400 µg LP Gélule et des médicaments apparentés. Aux premiers signes de vertiges ou de faiblesse, vous devez vous asseoir ou vous allonger jusqu'à ce que les

Umax® LP 400 µg

30 gélules



AMM N° 307/19DMP/21

LOT 231388  
EXP 04/2025  
PPV 121.40DH

sensations de m

IZ V

Z V

du

tre

ste

n po

ient

dati

ilern

amer

une

ntion

u trop

pas t

z un t

z pas

car il

relati

rose

présen

tion d

(mal

s azo

con

ergie

inzo

ben

car

ant

as

dir

e m

s

an

Il est important d'arrêter de prendre ce médicament avec des médicaments LP Gélule (par exemple UMAX® 400 µg LP Gélule) sans objet.

Grossesse, allaitement

UMAX® 400 µg LP Gélule

ce médicament

maternel ne sont pas recommandés.

Cheez l'homme, l'éjaculation).

Cela signifie que la vessie (éjaculation) ou absent (éche).

Demandez conseil à votre médecin avant de prendre tout médicament.

Conduite de véhicules

Ce médicament ne doit pas être pris avant de conduire un véhicule.

la position debout ou après avoir uriné.

traitement. Soyez attentif à votre état.

3. COMMENT PRENDRE UMAX® 400 µg LP Gélule ?

Veillez à toujours lire attentivement les instructions de votre pharmacien. Vérifiez la date de péremption.

de doute.

Posologie

La dose recommandée est de 0,4 mg par jour.

Mode d'administration

Le médicament doit être pris avec un verre d'eau sucrée.

Fréquence d'administration

• Vous devez prendre le médicament à la même heure chaque jour.

• Vous devez prendre le médicament à jeun.

• Au cas où vous oubliez une prise, ne prenez pas de double dose.



Dr. Adil Goumri  
Chirurgien Urologue  
138 Av. Bouchaib Doukkali  
Tél: 0523 343 52 - El Jadida

26 FEV. 2024

Nom du Patient : Co Phi M. Mous El Jadida le : .....

Renseignements Cliniques : .....

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> NFS complète                  | <input type="checkbox"/> CRP             | <input type="checkbox"/> Ex. Selles: parasito et coprologie |
| <input type="checkbox"/> VS                            | <input type="checkbox"/> Créatininémie   | <input type="checkbox"/> ECBU                               |
| <input type="checkbox"/> <u>Urée</u>                   |  | <input type="checkbox"/> Ac anti-VHA type IgM               |
| <input type="checkbox"/> Glycémie à jeûn               |  | <input type="checkbox"/> Ag HBS                             |
| <input type="checkbox"/> Glycémie post prandiale       |  | <input type="checkbox"/> Ac anti-HBS                        |
| <input type="checkbox"/> Hb glycosylée                 |  | <input type="checkbox"/> Ag HBe - Ac anti -HBe              |
| <input type="checkbox"/> Transaminases                 |  | <input type="checkbox"/> ADN - VHB par PCR                  |
| <input type="checkbox"/> Phosphatases alcalines        |  | <input type="checkbox"/> Ac anti-VHC                        |
| <input type="checkbox"/> GGT                           |  | <input type="checkbox"/> ARN - VHC qualitatif par PCR       |
| <input type="checkbox"/> Bilirubine (T.L.C)            |  | <input type="checkbox"/> ARN - VHC quantitatif par PCR      |
| <input type="checkbox"/> Amylasémie                    | <input type="checkbox"/> Lipasémie       | <input type="checkbox"/> Génotype de l'hépatite C           |
| <input type="checkbox"/> TP                            | <input type="checkbox"/> Cholestérolémie | <input type="checkbox"/> Ac anti-mitochondries              |
| <input type="checkbox"/> Electrophorèse des protides   |  | <input type="checkbox"/> Ac anti-DNA natifs                 |
| <input type="checkbox"/> Ionogramme sanguin            |  | <input type="checkbox"/> Ac anti-nucléaires                 |
| <input type="checkbox"/> Fer sérique                   |  | <input type="checkbox"/> AC anti-muscles lisses             |
| <input type="checkbox"/> Transferrine                  | <input type="checkbox"/> Ferritinémie    | <input type="checkbox"/> ACE                                |
| <input type="checkbox"/> Cholestérolémie (T, HDL, LDL) |  | <input type="checkbox"/> AFP                                |
| <input type="checkbox"/> Triglycérides                 |  | <input type="checkbox"/> CA 19-9                            |
| <input type="checkbox"/> Acide urique                  |  | <input type="checkbox"/> CA 125                             |
| <input type="checkbox"/> TSH us                        | <input type="checkbox"/> T3 - T4         | <input type="checkbox"/> Autres                             |
| <input type="checkbox"/> CPK                           |  | <input type="checkbox"/>                                    |
| <input type="checkbox"/> CPK - MB                      |  | <input type="checkbox"/>                                    |
| <input type="checkbox"/> Troponines                    |  | <input type="checkbox"/>                                    |
| <input type="checkbox"/> D - Dimères                   |  | <input type="checkbox"/>                                    |

المختبر  
Laboratoire Semlali  
SEMELIM. YOUSSEF  
PHARMACIEN BICLOGISTE  
138 Av. Bouchaib Doukkali  
Tél: 0523 343 742 - El Jadida

Dr. Adil Goumri  
Chirurgien Urologue  
138 Av. Bouchaib Doukkali  
Tél: 0523 343 52 - El Jadida

☐ PSA

☐ CA 15-3





**Dr. Mohammed Youssef SEMLALI** : Pharmacien Biologiste Diplômé de la Faculté de Strasbourg D'Etudes Spéciales de Biochimie, Hématologie et Immunologie. Ancien Attaché au service de Bactériologie, Parasitologie Virologie à l'Hôpital Militaire Mohammed V de Rabat / DU médecine et biologie de la reproduction.

ISO 9001:2015  
BUREAU VERITAS Certification  
Certificate No.AFR 21.00054

**FACTURE N° : 240203568**

EL JADIDA le 27-02-2024

**Mr KODSI Mhamed**

Récapitulatif des analyses		
Analyse	Clé	Coefficient
PRELEVEMENT ECHANTILLON SANGUIN	E	15
Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes)	B	80
Marqueur Tumoral :Antigene prostatique spécifique : PSA	B	300
Urée	B	30

Total des B : 410

TOTAL DOSSIER : 564.40 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cinq cent soixante-quatre dirham quarante centimes

**مختبر السملالي**  
**Laboratoire Semlali**  
**SEMLALI M. YOUSSEF**  
**PHARMACIEN-BIOLOGISTE**  
138, Av Bouchaib Doukkali  
Tel : 0523 343 742 - El Jadida



**Dr. Mohammed Youssef SEMLALI** : Pharmacien Biologiste Diplômé de la Faculté de Strasbourg D'Etudes  
Spéciales de Biochimie, Hématologie et Immunologie. Ancien Attaché au service de Bactériologie, Parasitologie  
Virologie à l'Hôpital Militaire Mohammed V de Rabat / DU médecine et biologie de la reproduction.

ISO 9001:2015  
BUREAU VERITAS Certification  
Certificate No AFR 21.00054

**Date du prélèvement** : 27-02-2024 07:34  
**Code patient** : 2402270006  
**Edition le** : 27-02-2024

**Mr KODSI Mhamed**  
**Né(e) le** : 01-01-1940  
**Dossier N°** : 2402270006  
**Prescripteur** : Dr GOUMRI ADIL

## HEMATOLOGIE

### NUMERATION FORMULE SANGUINE

(Automate Sysmex XN-1000i)

<b>Hématies</b>	4.55	M/mm <sup>3</sup>	(4.08-5.60)
Hémoglobine	14.7	g/dl	(12.9-16.7)
Hématocrite	42.9	%	(38.0-49.0)
VGM	94.29	μ <sup>3</sup>	(80.00-95.00)
TCMH	<b>32.31</b>	pg	(28.00-32.00)
CCMH	34.27	g/dl	(30.00-35.00)
<b>Leucocytes</b>	7 220	/mm <sup>3</sup>	(3 800-10 000)
Poly.Neutrophiles	49.30	%	
soit	3 559	/mm <sup>3</sup>	(1 600-5 900)
Poly.Eosinophiles	2.50	%	
soit	181	/mm <sup>3</sup>	(30-500)
Poly.Basophiles	0.40	%	
soit	29	/mm <sup>3</sup>	(0-90)
Lymphocytes	40.20	%	
soit	2 902	/mm <sup>3</sup>	(1 070-4 100)
Monocytes	7.60	%	
soit	549	/mm <sup>3</sup>	(230-710)
<b>Plaquettes</b>	239 000	/mm <sup>3</sup>	(140 000-385 000)

## BIOCHIMIE SANGUINE

<b>Urée</b>	0.38	g/l	(0.18-0.55)
(Architect Abbott)	6.33	mmol/l	(3.00-9.16)





**Dr. Mohammed Youssef SEMLALI** : Pharmacien Biologiste Diplômé de la Faculté de Strasbourg D'Etudes Spéciales de Biochimie, Hématologie et Immunologie. Ancien Attaché au service de Bactériologie, Parasitologie Virologie à l'Hôpital Militaire Mohammed V de Rabat / DU médecine et biologie de la reproduction.

ISO 9001:2015  
BUREAU VERITAS Certification  
Certificate No.AFR 21.00054

27-02-2024

Mr KODSI Mhamed – 2402270006

## MARQUEURS TUMORAUX

PSA TOTAL  
(Cobas)

**4.650** ng/mL (0.000–4.400)

Le seuil de 4 ng/ml permet de limiter le risque de sur-diagnostic et de sur-traitement (AFU-2012). Ce résultat est à confronter aux données cliniques (anamnèse, toucher rectal, rétention urinaire ou prostatite aiguë)

**NB** : Changement de technique à partir du 31/10/2023

Validé par : **Dr. SEMLALI**

مختبر السملالي  
Laboratoire Semlali  
**SEMLALI M. YOUSSEF**  
PHARMACIEN BIOLOGISTE  
138, Av Bouchaib Doukkali  
Tel : 0523 343 742 - El Jadida