

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.

Biologie 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.

Maladie chronique :

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 059568

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 759502 Société : 46256

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ELAIDI KEITOUH.

Date de naissance : 10/12/1964

Adresse :

Tél. : 30641281 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. MOUTAMID Omar
Médecin Généraliste
Echographie
Al Firdauss Groupe B1 Imm 11
Appt 1 El Oulfa - Casablanca
Tel: 05 22 93 41 51

Date de consultation : 19/09/2020

Nom et prénom du malade : Eltaoum El Aidi Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS
05 NOV. 2020
ACCUEIL

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

19/09/20 15570

Dr. MOUTAMID Omai
Médecin Généraliste
Echographie
Al Firdaous Groupe B1 Imm 11
Appt 1 Et Oudja Casablanca
Tél: 05 22 99 44 33

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

19/09/20 15570

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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

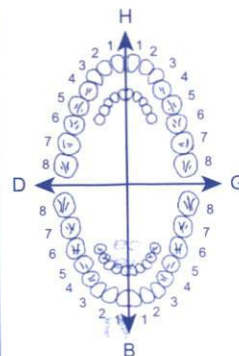
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
----------------	------------------	-------------



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
B			
00000000	00000000		
35533411	11433553		

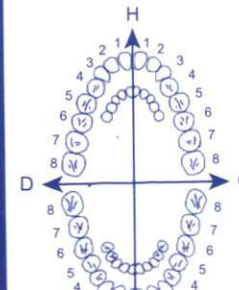
[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS



Dr. MOUTAMID Omar



الدكتور معتمد عمر

- Medecine générale
- Echographie
- Medecin agréé par le ministère de la Santé
- Visite Médicale
- Permis de conduire

- الطب العام
- الفحص بالصدى
- طبيب معتمد من طرف وزارة الصحة
- فحص طبي
- رخصة السياقة

Ordonnance

Casablanca, le البيضاء

19. 09 2020

El Albi. KALTOEN

PHARMACIE JAMAI
Ensemble Immobilier
AL FIRD'AUSSE
GH 15 Im A 80 Oulfa
Hay Hassani - Casablanca
Tél: 0522 93 30 25

①

24h

SV

SV

4080

②

Note Lene's Sup

SV

7500

③

Iness Row

SV

④

Osmosine

Résidences Al Firdaousse
Groupe B1 Imm.11 Apt 1
El Oulfa - Casablanca
Tél: 05 22 93 41 31

Dr. MOUTAMID Omar
Médecin Généraliste
Echographie
Al Firdaousse Groupe B1 Imm 11
Apt 1 Oulfa - Casablanca
Tél: 05 22 93 41 31

إقامات الفردوس مجموعة B1
العمارة 11 الشقة رقم 11
الدار البيضاء
الهاتف: 05 22 93 41 31

Lot: 200217

A consommer de
préférence avant le: 04/2025

PPC: 79,90 DH

KALMAGAS®

nce rénale). Vous c
cas de traitement
dose plus faible d
votre médecin pou
ant.
done peut être ass
liaque et d'arrêt c
es patients de plus
rieures à 30 mg pa
de la dompéridone
ts. Prévenez votre
médicaments pou
ou bactériennes) et
le SIDA (voir rubrique

UM doit être utilisé à la

l'adulte et chez l'enfant.

Pendant le traitement par MOTIL
vous présentez des troubles c
palpitations, des difficultés à r
traitement par MOTILUM devr

Prise d'autres médicaments

Ne prenez jamais MOTILUM 1
prenez des médicaments pour

- infections fongiques, par ex
antifongiques azolés, en parti
oral, le fluconazole, le posaco
- infections bactériennes, en p
clarithromycine, la télichromy
- la spiramycine (ce sont des an
- problèmes cardiaques ou ur
l'amiodarone, la dronedarone
dofétilide, le sotalol, l'hydroqu
- psychose (par exemple l'halo
- dépression (par exemple le c
- troubles gastro-intestinaux
dolasetron, le prucalopride) ;
- allergie (par exemple la még
- paludisme (en particulier l'ha
- VIH/SIDA tels que le ritonavir
- inhibiteurs de protéase) ;
- hépatite C (par exemple le tr
- cancer (par exemple le torér

Ne prenez pas MOTILUM si vo
médicaments (par exemple le
Prévenez votre médecin ou v

médicaments pour traiter une
le VIH/SIDA ou la maladie de P
Il est important de demander

pharmacien si MOTILUM 1 mg
vous lorsque vous prenez d'a
médicaments délivrés sans ord

Prise de MOTILUM avec des

Prenez MOTILUM 1 mg/ml, su

est pris après les repas, son ab

Veillez à ce médicament.

- 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 à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

1. QU'EST-CE QUE MOTILUM 1 mg/ml, suspension buvable ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament est utilisé pour traiter les nausées (envie de vomir) et les vomissements chez l'adulte et l'enfant.

Veillez lire la rubrique « Comment prendre MOTILUM 1 mg/ml suspension buvable » afin de prendre connaissance des doses à utiliser chez l'adulte et de celles à utiliser chez l'enfant.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE MOTILUM 1 mg/ml, suspension buvable ?

Ne prenez jamais MOTILUM 1 mg/ml, suspension buvable :

si vous êtes allergique (hypersensible) à la dompéridone ou à l'un des autres composants contenus dans MOTILUM 1 mg/ml, suspension buvable ;

- si vous avez des saignements de l'estomac ou si vous avez régulièrement des douleurs abdominales sévères ou des selles noires persistantes ;
- si vous avez les intestins obstrués ou perforés ;
- si vous avez une tumeur de la glande pituitaire (prolactinome) ;
- si vous souffrez d'une maladie modérée ou sévère du foie ;
- si votre ECG (électrocardiogramme) montre un problème cardiaque appelé "allongement de l'intervalle QT corrigé" ;
- si vous avez ou avez eu un problème qui fait que votre cœur ne peut pas pomper le sang dans l'ensemble de votre corps aussi bien qu'il le devrait (affection appelée insuffisance cardiaque) ;
- si vous avez un problème qui entraîne une diminution du taux de potassium ou de magnésium ou une augmentation du taux de potassium dans votre sang ;
- si vous prenez certains médicaments (voir « Prise d'autres médicaments »).

Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin avant de prendre MOTILUM suspension buvable si vous :

- souffrez de problèmes au foie (défaillance des fonctions ou insuffisance hépatique) (voir « Ne prenez jamais MOTILUM 1 mg/ml, suspension buvable ») ;
- souffrez de problèmes aux reins (défaillance des fonctions

LOT : 19E006
PER.: 11 2022

**MOTILUM 1MG/ML
SUSP BUV FL 200 ML**

P.P.V : 40DH80



6 118000 011040

uniquement à l'usage de

CHICULES OU A UTILISER DES MACHINES

ur d'appréhender à conduire des véhicules et à utiliser des machines.
rouvernement et une vision floue peuvent survenir peu
ar l'un de ces effets, vous ne devez pas conduire ou utiliser des
Si vous avez pris plus d'Ineso que vous n'avez dû, consultez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.

SYMPTOMES ET INSTRUCTIONS EN CAS DE SURDOSAGE
INSTRUCTIONS EN CAS D'OMISSION D'UNE OU DE PLUSIEURS DOSES

Si vous oubliez de prendre Ineso, ne prenez pas la dose qui vous avez oubliée, mais poursuivez votre traitement normalement.
Ne prenez pas de doses doubles pour compenser la dose que vous avez oubliée de prendre.
Si vous avez pris plus d'Ineso que vous n'avez dû, consultez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.

RISQUE DE SYNDROME DE SEVRAGE

Si vous avez pris plus d'Ineso que vous n'avez dû, consultez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.
Si vous avez pris plus d'Ineso que vous n'avez dû, consultez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.

EFFETS INDÉSIRABLES EVENTUELS

Comme tous les médicaments, ce médicament est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet. Si vous remarquez l'un de ces effets indésirables graves, arrêtez de prendre ce médicament et contactez un médecin immédiatement.
Inflammation de la gorge, gonflement des lèvres, de la langue, de la gorge ou du corps.
Aggravation soudaine d'une respiration sifflante, gonflement des lèvres, de la langue, de la gorge ou du corps.
Éruptions cutanées, perte de connaissance, difficulté à avaler (réactions allergiques graves).
Rougeurs de la peau avec des bulles ou une desquamation. Rongles, les bulles peuvent être importantes et s'accompagner d'un gonflement au niveau des lèvres, des yeux, de la bouche, du nez ou des parties génitales. Ceci peut correspondre à un syndrome de Stevens-Johnson ou à une destruction toxique de la peau.
Jaunisse, urines foncées et fatigue peuvent être des symptômes d'une maladie du foie.
(Ces effets sont rares et peuvent affecter jusqu'à 1 personne sur 1000.)
Les autres effets indésirables sont :
- Effets indésirables fréquents (peuvent affecter jusqu'à 1 personne sur 10) :
Maux de tête, effets sur l'estomac ou l'intestin : diarrhée, douleurs à l'estomac, constipation, flatulences, nausées, vomissements.
Gonflement des pieds et des chevilles, gonflement du visage (œdème). Enrouaissements, fourmillements, courbatures, vertiges, sécheresse de la bouche. Augmentation dans le sang des enzymes du foie (ALT, AST, ALP, GGT, etc.).
Effets indésirables rares (peuvent affecter jusqu'à 1 personne sur 1000) :
Effets indésirables très rares (peuvent affecter jusqu'à 1 personne sur 10 000) :
- Effets indésirables très rares (peuvent affecter jusqu'à 1 personne sur 10 000) :
- Effets indésirables très rares (peuvent affecter jusqu'à 1 personne sur 10 000) :

ADMINISTRATION, FREQUENCE D'ADMINISTRATION ET DUREE

La prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens
anti-inflammatoires non stéroïdiens
2 mg une fois par jour pendant 4 à 8 semaines.
2 mg une fois par jour.
Inflammation, la dose recommandée est d'une gélule d'Ineso 20 mg une fois par jour pendant une semaine. Votre médecin vous indiquera la dose et la durée de traitement.
La prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens
anti-inflammatoires non stéroïdiens
2 mg une fois par jour pendant 4 à 8 semaines.
2 mg une fois par jour.
Inflammation, la dose recommandée est d'une gélule d'Ineso 20 mg une fois par jour pendant une semaine. Votre médecin vous indiquera la dose et la durée de traitement.
La prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens
anti-inflammatoires non stéroïdiens
2 mg une fois par jour pendant 4 à 8 semaines.
2 mg une fois par jour.
Inflammation, la dose recommandée est d'une gélule d'Ineso 20 mg une fois par jour pendant une semaine. Votre médecin vous indiquera la dose et la durée de traitement.

La prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens
anti-inflammatoires non stéroïdiens
2 mg une fois par jour pendant 4 à 8 semaines.
2 mg une fois par jour.
Inflammation, la dose recommandée est d'une gélule d'Ineso 20 mg une fois par jour pendant une semaine. Votre médecin vous indiquera la dose et la durée de traitement.
La prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens
anti-inflammatoires non stéroïdiens
2 mg une fois par jour pendant 4 à 8 semaines.
2 mg une fois par jour.
Inflammation, la dose recommandée est d'une gélule d'Ineso 20 mg une fois par jour pendant une semaine. Votre médecin vous indiquera la dose et la durée de traitement.

La prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens
anti-inflammatoires non stéroïdiens
2 mg une fois par jour pendant 4 à 8 semaines.
2 mg une fois par jour.
Inflammation, la dose recommandée est d'une gélule d'Ineso 20 mg une fois par jour pendant une semaine. Votre médecin vous indiquera la dose et la durée de traitement.
La prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens
anti-inflammatoires non stéroïdiens
2 mg une fois par jour pendant 4 à 8 semaines.
2 mg une fois par jour.
Inflammation, la dose recommandée est d'une gélule d'Ineso 20 mg une fois par jour pendant une semaine. Votre médecin vous indiquera la dose et la durée de traitement.

La prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens
anti-inflammatoires non stéroïdiens
2 mg une fois par jour pendant 4 à 8 semaines.
2 mg une fois par jour.
Inflammation, la dose recommandée est d'une gélule d'Ineso 20 mg une fois par jour pendant une semaine. Votre médecin vous indiquera la dose et la durée de traitement.
La prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens
anti-inflammatoires non stéroïdiens
2 mg une fois par jour pendant 4 à 8 semaines.
2 mg une fois par jour.
Inflammation, la dose recommandée est d'une gélule d'Ineso 20 mg une fois par jour pendant une semaine. Votre médecin vous indiquera la dose et la durée de traitement.

La prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens
anti-inflammatoires non stéroïdiens
2 mg une fois par jour pendant 4 à 8 semaines.
2 mg une fois par jour.
Inflammation, la dose recommandée est d'une gélule d'Ineso 20 mg une fois par jour pendant une semaine. Votre médecin vous indiquera la dose et la durée de traitement.
La prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens
anti-inflammatoires non stéroïdiens
2 mg une fois par jour pendant 4 à 8 semaines.
2 mg une fois par jour.
Inflammation, la dose recommandée est d'une gélule d'Ineso 20 mg une fois par jour pendant une semaine. Votre médecin vous indiquera la dose et la durée de traitement.



مختبر التحليلات الطبية جَنِلَاب "أم الربيع"
Laboratoire de biologie médicale Génelab
"Oum Rabiaâ"

Dr. Mohamed BENAZZOUZ
Pharmacien Biologiste

الدكتور بنعزوز محمد
صيدلي إحيائي

Laboratoire certifié par
IMANOR
CERTIFICATION
N° 2017 CSMQ.04 : 01
NM ISO 9001 : 2015

Mme ELAIDI Keltoum

Dossier N° : 021120-076

Page : 3/3

ANALYSES URINAIRES

Valeurs Usuelles

Antériorité

CLAIRANCE APPROCHÉE DE LA CREAT FEMME OU FILLETTE

CREATININE	:	6,84 mg/l	(5,1 - 9,5)
(Méthode Jaffe/Beckman Coulter AU480)		60,19 µmol/l	(44,88 - 83,6)
AGE DU PATIENT (NB. D'ANNEES)	:	56,00 Ans	
POIDS DU PATIENT EN KG	:	84,00 Kg	
Clairance créat selon MDRD femme	:	90,00 ml/min	(80 - 120)
MDRD = Modification of Diet in Renal Disease			
Chez l'homme = $186 \times (\text{créatinine } (\mu\text{mol/l}) \times 0,0113)^{-1,154} \times \text{âge}^{-0,203}$			
x 1,21 pour les sujets d'origine africaine			
x 0,742 pour les femmes			

Clairance créat /Estimation du DFG:CKD EPI 98,00 ml/min

Le débit de filtration glomérulaire (DFG), exprimé en mL/min/1,73 m²,
il doit être estimé à partir de la créatininémie par l'équation CKD-EPI
(Chronic Kidney Disease Epidemiology collaboration, Levey, 2009).

Classification des stades d'évolution de la maladie rénale chronique

Stade	DFG (mL/min/1,73 m ²)	Définition
1	= 90	Maladie rénale chronique* avec DFG normal ou augmenté
2	Entre 60 et 89	Maladie rénale chronique* avec DFG légèrement diminué
3A	Entre 45 et 59	Insuffisance rénale chronique modérée
3B	Entre 30 et 44	//
4	Entre 15 et 29	Insuffisance rénale chronique sévère
5	< 15	Insuffisance rénale chronique terminale

Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons un bon rétablissement

Dr. Mohamed BENAZZOUZ

Dr. Meriem HAOUANE

(Signature and stamp of Dr. Mohamed BENAZZOUZ)

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - IMMUNOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - FERTILITE

شارع أم الربيع - الالفة - (أمام مقر الخطوط الملكية المغربية) - إقامة أبواب أم الربيع - عمارة "س" - الدار البيضاء

Bd. Oum Rabiaâ - El Oulfa - (en face siège R.A.M) - Résidence Abouab Oum Rabiaâ, Imm."C" - Casablanca

INPE : 097163968 - ICE : 001084109000068 - ت.م. - Patente : 35051078 - البتاتنا : 05 22 93 10 61 - الفاكس : 05 22 93 10 61

E-mail : genelab2@gmail.com - Tél. : 0522 93 10 60 / 61 / 0522 90 59 37 / 0661 76 30 68 - الهاتف - Gsm Whatsapp : 0676 84 52 02 - Site web : www.Lbmgenelab.com



مختبر التحليلات الطبية جينلاب "أم الربيع"
Laboratoire de biologie médicale Génélab
"Oum Rabiaâ"

Dr. Mohamed BENAZZOUZ
Pharmacien Biologiste

الدكتور بنعزوز محمد
صيدلي إحيائي

Laboratoire certifié par
IMANOR
CERTIFICATION
N° 2017 CSMQ.04 : 01
NM ISO 9001 : 2015

Mme EL AIDI Keltoum

Dossier N° : 021120-076

Page : 2/3

ANALYSES DE BIOCHIMIE (SANG)

		Valeurs Usuelles	Antériorité
FERRITINE	: 53,40 ng/ml	(15 - 200)	
(Tech. Chimiluminescence/Access) Valeurs usuelles en ng/ml			
Age			
Nouveau-nés	: 150 - 450		
2 - 3 mois	: 80 - 500		
4 mois - 16 ans	: 20 - 200		
Femme < 50 ans	: 15 - 150		
Femme en ménopause	: 15 - 200		
Homme	: 30 - 400		

HEMOGLOBINE GLYQUÉE : **6,20 %** (4 - 6)
(Technique : HPLC/D10 DE BIORAD)

- Pour un **Diabète de type 2** :
- traité par **antidiabétiques oraux**,
le taux d'HgA1c doit être < à 6,5% (ou 7% selon le type de traitement)
 - traité par **insuline**,
le taux d'HgA1c doit être < à 7%.
 - du **sujet très âgé**,
le taux d'HgA1c doit être < à 8%
- Pour un **Diabète de type 1**,
le taux d'HgA1c doit être compris entre 7 et 7,5%.

Attention, ces chiffres varient en fonction du type de diabète, du traitement, de l'âge et des complications

CREATININE	: 6,84 mg/l	(5,1 - 9,5)
(Méthode Jaffe/Beckman Coulter AU480)	60,19 µmol/l	(44,88 - 83,6)
CHOLESTEROL TOTAL	: 1,47 g/l	(Inférieur à 2)
(M.Enzymatique colorimétrique/Beckman Coulter AU480)	3,79 mmol/l	(3,63 - 5,18)
HDL-CHOLESTEROL	: 0,37 g/l	(0,4 - 0,7)
(M.homogene directe immunologique/Beckman Coulter AU480)	0,95 mmol/l	(1,03 - 1,8)
LDL- CHOLESTEROL (Selon la formule de Friedewald)	0,68 g/l	(Inférieur à 1,6)
NB : Valeurs à interpréter en fonction des données cliniques	1,75 mmol/l	(Inférieur à 4,12)
TRIGLYCERIDES	: 2,09 g/l	(Inférieur à 1,5)
(M.Enzymatiques/Beckman Coulter AU480)	2,38 mmol/l	(Inférieur à 1,71)
contrôlé		

NB : Le prélèvement a été réalisé après s'être assuré des bonnes conditions de prélèvement.

Cependant, nous tenons à rappeler que le non-respect strict du délai de jeûne, peut (chez certaines personnes prédisposées) donner des valeurs élevées, significatives en comparaison avec l'historique du patient de :

- Triglycerides (++)
- Cholesterol total(+/-).

A savoir :

- *Régime normo-lipidique durant les 3 jours qui précèdent le prélèvement
- *Un jeûne d'au moins 12 h

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - IMMUNOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - FERTILITE

شارع أم الربيع - الالفة - (أمام مقر الخطوط الملكية المغربية) - إقامة أبواب أم الربيع - عمارة "س" - الدار البيضاء

Bd. Oum Rabiaâ - El Oulfa - (en face siège R.A.M) - Résidence Abouab Oum Rabiaâ, Imm. "C" - Casablanca

INPE : 097163968 - ICE : 001084109000068 : ت.م - Patente : 35051078 - البانكا : 05 22 93 10 61 - الفاكس : 05 22 93 10 61

E-mail : genelab2@gmail.com - Tél. : 0522 93 10 60 / 61 / 0522 90 59 37 / 0661 76 30 68 - الهاتف : 0676 84 52 02 - Site web : www.LbmgeneLab.com



مختبر التحليلات الطبية جَنِلَاب "أم الربيع"
Laboratoire de biologie médicale Génelab
"Oum Rabiaâ"

Dr. Mohamed BENAZZOUZ
Pharmacien Biologiste

الدكتور بنعزوز محمد
صيدلي إحيائي

Laboratoire certifié par
IMANOR
CERTIFICATION
N° 2017 CSMQ.04 : 01
NM ISO 9001 : 2015

Compte rendu d'analyses

Demandé par Dr : MOUTAMID OMAR

Résidences al firdaousse groupe B1 imm 11 Appt1 El oulfa Casablanca.

Tél : 0522934131 Fax :

Casablanca

Edité le : 03/11/2020

Mme EL AIDI Keltoum

Date naissance: 01/01/1964

Code Patient : 11-01852

INPEGENELAB : 093001394

INPE Bio : 097163968

IF : 51485800

Réf : 021120-076



Dossier créé le : 02/11/2020

Heure création: 11:05

Patient prélevé le : 02/11/2020

Heure Plvt : 11:05 ± 15 min

Page : 1/3

ANALYSES D'HEMATOLOGIE

Valeurs Usuelles

Antériorité

HEMOGRAMME : Les Valeurs Usuelles sont exprimées en fonction du sexe et de l'âge du patient (mise à jour 2016)

(Sysmex XN1000)

Globules rouges	:	4,54	10 ⁶ /mm ³	(3,8 - 5,9)	4,09 (11/11/11)
Hémoglobine	:	13,80	g/dl	(12 - 17,5)	9,50 (11/11/11)
Hématocrite	:	41,10	%	(34 - 45)	
VGM	:	90,53	μ ³	(76 - 96)	76,04 (11/11/11)
TCMH	:	30	pg	(24 - 34)	23,23 (11/11/11)
CCMH	:	34	g/L	(31 - 36)	30,55 (11/11/11)
DRW	:	13	%	(12 - 16)	
Globules blancs	:	5850	mm ³	(3800 - 11000)	9660 (11/11/11)
Formule sanguine	:				
Neutrophiles	:	33,9 %	1983,15 /mm ³	(1400 - 7700)	5351,64 (11/11/11)
Eosinophiles	:	1,2 %	70,20 /mm ³	(20 - 580)	67,62 (11/11/11)
Basophiles	:	0,2 %	11,70 /mm ³	(Inférieur à 110)	28,98 (11/11/11)
Lymphocytes	:	51,5 %	3012,75 /mm ³	(1000 - 4800)	3129,84 (11/11/11)
Monocytes	:	13,2 %	772,20 /mm ³	(150 - 1000)	1081,92 (11/11/11)
Plaquettes	:	208	10 ³ /mm ³	(150 - 445)	294 (11/11/11)

[Signature and stamp of Dr. Mohamed BENAZZOUZ, Pharmacien Biologiste, with contact information: Tél: 05 22 93 10 61, Fax: 05 22 93 10 61, Email: benazzouz.mohamed@gmail.com]

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - IMMUNOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - FERTILITE

شارع أم الربيع - الالفة - (أمام مقر الخطوط الملكية المغربية) - إقامة أبواب أم الربيع - عمارة "س" - الدار البيضاء

Bd. Oum Rabiaâ - El Oulfa - (en face siège R.A.M) - Résidence Abouab Oum Rabiaâ, Imm. "C" - Casablanca

INPE : 097163968 - ICE : 001084109000068 : ت.م - Patente : 35051078 - البنانا : Fax. : 05 22 93 10 61

E-mail : genelab2@gmail.com - Tél. : 0522 93 10 60 / 61 / 0522 90 59 37 / 0661 76 30 68 - الهاتف - Gsm Whatsapp : 0676 84 52 02 - Site web : www.Lbmgenelab.com