

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

M22- 0033225

COMPLÉMENT

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 702 Société : 159 380

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL AAROURI Niloud

Date de naissance : 01-01-48

Adresse : 51, Rue HASSANE II BOUHAN-COU

Tél. 06628113603 Total des frais engagés : Dhs

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 : Pathologie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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.

RELEVE 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 - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
<img alt="Diagram of the dental arch showing numbered teeth from 1 to 8 in both upper and lower arches. A coordinate system is overlaid with 'H				



البيان الدوري لتعويضات التأمين
الصحي الإجباري

Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين
الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance
Maladie Obligatoire
Réf. : 610-2-06
مرجع رقم : 610-2-06

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 165014319 رقم التسجيل
Règlements de la période 25/04/2023 : من أداءات الفترة
du : 25/04/2023 au : 25/04/2023 : إلى

Destinataire

KOUIRI KHADIJA

المرسل إليه

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استقدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
KOUIRI KHADIJA											
118601358	06/04/2023	T113	RADIOLOGIE	200,00	127,50	17,00	1,00	127,50	70,00	25/04/2023	89,25
118601358	06/04/2023	B	LABORATOIRES D ANALYSES PHARMACIES D	1070,00	858,00	780,00	1,00	858,00	77,00	25/04/2023	660,66
118601358	06/04/2023	PH	OFFICINES TRAUMATOLOGIE	1187,00	0,00	1,00	3,00	0,00	0,00	25/04/2023	73,61
118601358	06/04/2023	C	ORTHOPEDIE RADIOLOGIE	150,00	40,00	1,00	1,00	40,00	77,00	25/04/2023	30,80
118601358	06/04/2023	T165		210,00	255,00	34,00	1,00	255,00	70,00	25/04/2023	147,00
Total remboursé											
Total général remboursé											
1001,32											

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Pour plus d'informations :
merci de visiter notre site Web
ou le portail des assurés
ou l'application mobile
ou appeler notre serveur vocal au numéro
ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

www.cnss.ma
www.cnss.ma/Portail/
« Ma CNSS »
080 20 30 100
080 203 3333 / 080 200 7200

المزيد من المعلومات:

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
أو تطبيق الهاتف
أو الاتصال بالجحيب الآلي على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

ctes effectués			وصف العمليات المجرأة
رمز العمليا ie des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
1	CS	15900	DOCTEUR AZIZ AMINE TRAUMATOLOGUE ORTHOPÉDISTE VACATAIRE POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI
2	CS		DOCTEUR AZIZ AMINE TRAUMATOLOGUE ORTHOPÉDISTE VACATAIRE POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI

CIM-10

JX			العمليات المساعدين الطبيين	
رمز العمليا ie des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفoter Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie			العمليات الإحياء، الأشعة والصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
06-04-23	Rx	410,00		POLYCLINIQUE ZIRAOUI
INPE et code à Barres 091184580				EVOLUZ
08/04/23	B780		6070	
INPE et code à Barres 093061067				

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة			Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis	
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو مون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	
6/14/23	1187,70			
INPE et code à Barres 1-N.P.E 092054360				
INPE et code à Barres 1-N.P.E 092054360				

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

uivre

soins par personne et par être accompagnée de toutes ses originales (ordonnances).

de la personne soignée par les praticiens eux mêmes soins.

transmises doivent être codées à barres des.

s ainsi que les pièces t être présentées à la CNSS qui suivent le premier acte a un traitement médical nier cas, le dossier doit être kante (60) jours qui suivent

t des frais engagés sera e la tarification nationale de

ne peuvent donner lieu au suite à un accord préalable. res est disponible auprès de

x accidents du travail et elles ne sont pas couverts.

able de fraude ou de fausse enir des prestations qui ne ssible des sanctions légales

nboursement prise par la ée au respect des conditions ce qui précède.

توقيع و طابع الوكالة
signature de l'Agence

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طيبة، فواتير، ...).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراء.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طيبة، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصرفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب المعاقة المسبقة. لاتحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

Tel 06 59 17 77 79

 الضمان الاجتماعي CNSS	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée	موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Ref. : 610-1-03 Ref. : ANAM 12/02.01
---	---	---------------------------------------	------------------------	--

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها) _____
الاسم العائلي و الشخصي : _____

رقم التسجيل : _____
رقم بطاقة التعريف الوطنية : _____

علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (لها) *
ابن _____

Conjoint زوج Enfant ابنة _____
العنوان : _____

Adresse : 52, Rue Hassan El HADJ CASA
مبلغ المصاريق : _____ درهم

Montant des frais : 2875 Dhs.
عدد الوثائق المرفقة : _____

تصريح الطبيب المعالج
المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي و الشخصي : _____

تاريخ الإزدياد : 14/10/1495هـ

رقم بطاقة التعريف الوطنية : 14131410149514

الجنس: * M ذكر أنثى F _____

الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفق **

Medecin traitant الطبيب المعالج Dr. Amine AZIZ Traumatologie Orthopédie INPE 091036889	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية
--	--

نوع العلاجات
قبل المرض المزمن: * _____

رقم ملف المرض المزمن : _____

رمز المرض المزمن : _____

Admission ALD *: Oui Non

N° dossier ALD : 141041210231

Code ALD: Maladie* مرض* Hospitalisation* استشفاء*

J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés ci-avant. شهد بصحبة كل ما ذكر أعلاه

Fait à : 14/06/2014 في : 210231 Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

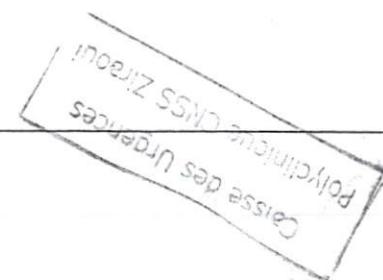
Le : 14/06/2014 في : 210231 Fait à : 06/04/2023 في : 210231

تفصيل طلب العلاج المعاينات المؤسسة الصادرة



N° IPP : 7884	N° SEJOUR : 230014047	FACTURE N° 2302004796				DATE D'ENTREE : 06/04/2023		DATE DE SORTIE : 06/04/2023		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		KOUIRI KHADIJA		
MALADE : KOUIRI KHADIJA		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI								
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S :								
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	N° SE. SOC. ETRANG. :								
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES COTES EN C										
CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

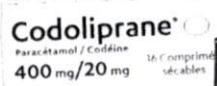
Intervenant : 52018 DR AZIZ AMINE ORTHOPEDISTE TRAUMATO	TOTAUX :	150.00							150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :	CENT CINQUANTE DHS	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
		REMISE :	0.00	REGLE :	150.00			AVOIR :	
		RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 06/04/2023	EDITEE LE : 06/04/2023	PAR: R8658	ACCIDENT DE TRAVAIL :						
VISA			N° DE POLICE :						
			DATE AT :						
			Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI						
			BANQUE : B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA						
			N° compte bancaire : 011 780 00 00 43 210 00 60050 54						



المملكة المغربية
Royaume du Maroc



وصفة
ORDONNANCE



le 06/04/2022

Kouci Khadija

51.30 11 Voltaren 100 mg

02.20x2 140 mg

21 Codoliprane 140 mg

198.00 31 Nouvelles pilules

149.00x6 140 mg

41 Fleximac 140 mg

1187.70

PHARMACIE SOPHIA
Mme. Benbrahim Ed. Slaoui
214, Bd. Idriss Sina - CASA
Tél: 2322 26 01 52

DOCTEUR AZIZ AÏSSI
TRAUMATOLOGUE ORTHOPÉDISTE
VACATAIRE
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAGUI



وصفية

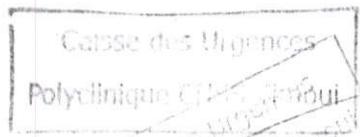
ORDONNANCE

le 06/04/2023

M^o Kouria Khadidja

- Rx naux cervicaux
f & P

- Rx épaule DR
- fav
- m/w



Caisse des Urgences

Polyclinique CNSS Ziraoui

Caisse des Urgences

Polyclinique CNSS Ziraoui

DOCTEUR AZIZ AMINE
TRAUMATOLOGUE ORTHOPÉDIE
VACATAIRE
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI



Dr. Aziz MOTAOUAKKIL

- Pharmacien Biogiste Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Lyon
 - Ex Interne des Hôpitaux de Lyon
 - Diplôme de Biologie de la Reproduction de Besançon
Hématologie - Bactériologie - Parasitologie - virologie - Biochimie - Immunologie
P M A (Biologie de la Reproduction : IAC - FIV - ICSI)

FACTURE N° : 2304082009

INPE: 093061067 IF:14377655

Casablanca le 08-04-2023

Mme Khadija KOUIRI

Date de l'examen : 08-04-2023

Analyses :

Récapitulatif des analyses

<i>CN</i>	<i>Analyse</i>	<i>Val</i>	<i>Clefs</i>
PS	Prélèvement sang	E25	E
	- Acide Urique	B30	B
	- Créatinine	B30	B
	- CRP	B100	B
	Glycémie à jeun	B30	B
	- Urée	B30	B
	- Vitesse de sédimentation	B30	B
	Vitamine D - 25- hydroxy-vitamine D - D2 + D3 :	B450	B
	- NFS	B80	B

Total des B : 780

TOTAL DOSSIER : 1070.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille soixante-dix dirhams



وَصْفَةٌ ORDONNANCE

Mr. Koum Khatija le 06/04/2023.

- NFS
- VS
- ~~EP~~ ~~RE~~ ~~EV~~ ~~DM~~ ~~IB~~ ~~SY~~ ~~SE~~ ~~ME~~ ~~AT~~ ~~D₂~~ ~~D₃~~
durch mit
glykämie & p
- ~~EP~~ ~~RE~~ ~~EV~~ ~~DM~~ ~~IB~~ ~~SY~~ ~~SE~~ ~~ME~~ ~~AT~~ ~~D₂~~ ~~D₃~~
rule, weitermehr

DOCTEUR AZIZ AAKI
TRAUMATOLOGUE ORTHOPÉDISTE
VAGINAIRES
POLYCLINIQUE GHASS ZIRAOUI



مصحة الضمان
POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

dirh

SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie - Mammographie - Echographie - Doppler Couleur
Echographie Cardiaque - Scanner Multibarettes

COMPTE RENDU

Casablanca, le 06/04/2023

NOM : Mme KOUIRI Khadija.

MEDECIN DEMANDEUR : Dr A.AZIZ.

EXAMEN : Radiographies.

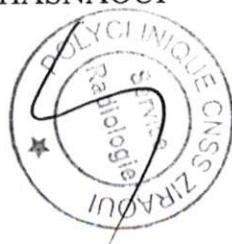
Rx. de l'épaule droite (F/P) :

- Déminéralisation osseuse diffuse.
- Remaniement dégénératif articulaire diffus.
- Ostéophytose céphalique supérieure de la tête fémorale.
- Absence de calcifications des parties molles.

Rx. du rachis cervical (F+P) :

- Rectitude modérée du rachis cervical de profil.
- Discrète Attitude scoliotique à concavité droite de face.
- Déminéralisation osseuse diffuse.
- Cervicarthrose étagée plus marquée au niveau des espaces C5-C6 et C6-C7.
- Respect de l'opacité des parties molles rétro-pharyngées.

Dr K. EL HASNAOUI



ZIRAOUI
ZIRAOUI 20000 CASABLANCA
Tel: 0522-203856/57/59/60 Fax: 0522-22-29-91
INPE: 090001553 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



0 9 0 0 0 1 5 5 3

N° IPP : 7884	N° SEJOUR : 230014049	FACTURE N° 2303004240				DATE D'ENTREE : 06/04/2023		DATE DE SORTIE : 06/04/2023		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		KOUIRI KHADIJA		
MALADE : KOUIRI KHADIJA		UF: 5003 RADIOLOGIE				N° IMMAT C.N.S.S :				
NOM JEUNE FILLE :										
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	N° SE. SOC. ETRANG. :								
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE RADIOLOGIE	Z	41.00	10.00	410.00					0.00	410.00

Intervenant : 14116 DR ELHASNAOUI KHADIJA RADIOLOGUE	TOTAUX :	410.00							410.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE CENT DIX DHS	PLAFOND PC :							ACOMPTE:		
	REMISE :	0.00	REGLE :	410.00				AVOIR:		
	RESTE DU:	0.00								
DATE FACTURE : 06/04/2023	EDITEE LE : 06/04/2023	PAR: R8658	ACCIDENT DE TRAVAIL :							
VISA				N° DE POLICE :				DATE AT :		
Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI										
BANQUE : B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA										
N° compte bancaire : 011 780 00 00 43 210 00 60050 54										

Dr. Aziz MOTAOUAKKIL

- Pharmacien Biogiste Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Lyon
 - Ex Interne des Hôpitaux de Lyon
 - Diplôme de Biologie de la Reproduction de Besançon
Hématologie - Bactériologie - Parasitologie - virologie - Biochimie - Immunologie
P M A (Biologie de la Reproduction : IAC - FIV - ICSI)

Date du prélèvement : 08-04-2023 à 12:20
Code patient : 1703152005
Né(e) le : 13-10-1954 (68 ans)



Mme Khadija KOUIRI
Dossier N° : 2304082009
Prescripteur : Dr AMINE AZIZ

HEMATOLOGIE

NUMERATION GLOBULAIRE(Sysmex XT-1800i)

09-11-2022

Leucocytes	4.98	G/L	(3.90-10.20)	4.94
Hématies	5.12	T/L	(3.85-5.20)	5.17
Hémoglobine	14.4	g/dL	(11.8-15.8)	14.2
Hématocrite	43.2	%	(35.0-45.5)	43.2
V.G.M	84.4	fL	(80.0-101.0)	83.6
T.C.M.H	28.1	pg	(27.0-34.0)	27.5
C.C.M.H	33.3	g/dL	(30.0-36.0)	32.9

FORMULE LEUCOCYTAIRE(Sysmex XT-1800i)

Poly. Neutrophiles	46.8	%	40.3
Soit	2.33	G/L	(1.50-7.70)
Poly. Eosinophiles	4.6	%	5.3
Soit	0.23	G/L	(0.02-1.10)
Poly. Basophiles	0.2	%	0.2
Soit	0.01	G/L	(<0.35)
Lymphocytes	39.4	%	45.3
Soit	1.96	G/L	(>1.00)
Monocytes	9.0	%	8.9
Soit	0.45	G/L	(0.10-2.70)
PLAQUETTES(Sysmex XT-1800i)	179	G/L	(150-450)

Commentaire : Numération formule sanguine normale

- VITESSE DE SEDIMENTATION

Technique automatisée corrélée à la méthode de Westergreen

09-02-2022

- VS 1ère heure	10	mm	(<20)	15
- VS 2ème heure	21	mm		32

BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

09-11-2022

- Acide Urique (Dosage enzymatique)	39	mg/L	(26-60)	41
---	----	------	---------	----

09-11-2022

- Urée (Urease sur AU480)	0.40	g/l	(0.15-0.55)	0.32
	6.66	mmol/L	(2.50-9.16)	

Dr. Aziz MOTAOUAKKIL
 - Pharmacien Biogiste Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Lyon
 - Ex Interne des Hôpitaux de Lyon
 - Diplôme de Biologie de la Reproduction de Besançon
Hématologie - Bactériologie - Parasitologie - virologie - Biochimie - Immunologie
P M A (Biologie de la Reproduction : IAC - FIV - ICSI)

2304082009 – Mme Khadija KOURIRI

09-11-2022

– Créatinine

(Test colorimétrique enzymatique)

6.2 mg/L (5.0-12.0)
54.9 µmol/L (44.3-106.2)

6.7

– Glycémie à jeun

(Beckman AU480)

0.90 G/L (0.70-1.15)
5.00 mmol/L (3.89-6.38)

0.88

– Protéine C-réactive (CRP)

(Immunoturbidimétrie)

0.7 mg/L (0.0-5.0)

1.3

ANALYSES SPECIALISEES

09-11-2022

Vitamine

D-25-hydroxy-vitamineD-D2+D3

(Technique ELFA sur Vidas)

23.90 ng/ml

21.00

47.80 nmol/L

STATUT	25-(OH) VITAMINE D
<i>Déficient</i>	<i><20 ng/ml</i>
<i>Insuffisant</i>	<i>20-29 ng/ml</i>
<i>Suffisant</i>	<i>30-100 ng/ml</i>
<i>Toxicité potentielle</i>	<i>>100 ng/ml</i>

16/07/2022
 Laboratoire Evolulab
 187, Boulevard Ibnou Sina - Hay El Hana - Casablanca
 Tél. : 05 22 95 03 34 - Fax : 05 22 94 77 45 - E-Mail : evolulab@hotmail.com
 RC : 267035 - ICE : 001666539000001

Valide par le biologiste


 16/07/2022
 Laboratoire Evolulab
 187, Boulevard Ibnou Sina - Hay El Hana - Casablanca
 Tél. : 05 22 95 03 34 - Fax : 05 22 94 77 45 - E-Mail : evolulab@hotmail.com
 RC : 267035 - ICE : 001666539000001

2/2