

## 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 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.

### 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-562606

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1391

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SOUALY Mohamed

Date de naissance : 01-01-1952

Adresse : Inane californie, Saphir 4, Apt 18  
Ain chock Casablanca

Tél. : 0659 911671

Total des frais engagés : 479,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14 02 2023

Nom et prénom du malade : Ziaff Amine

Age : 65 ans

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 : Casablanca

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-562606

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 1391

Nom de l'adhérent(e) : SOUALY

Total des frais engagés : 479,00

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).



[illegible][illegible][illegible][illegible]

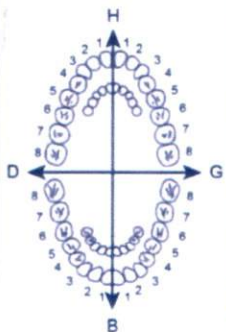
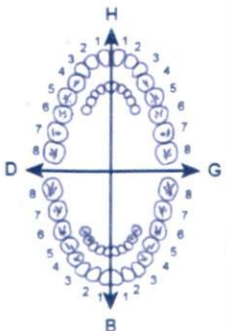
**\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.**

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



portés par les praticiens eux mêmes  
feuille de soins.

nnances transmises doivent être  
ées des codes à barres des  
its achetés .

de soins ainsi que les pièces  
es doivent être présentées à la CNSS  
eux mois qui suivent le premier acte  
uf s'il y a traitement médical continu.  
rnier cas, le dossier doit être présenté  
ixante (60) jours qui suivent la fin du

ursement des frais engagés sera  
la base de la tarification nationale de

restations ne peuvent donner lieu au  
ient que suite à accord préalable.  
es dernières est disponible auprès de  
u CNSS.

liés aux accidents du travail et  
professionnelles ne sont pas couverts.

ne coupable de fraude ou de fausse  
pour obtenir des prestations qui ne  
es, est passible des sanctions légales  
aires.

de remboursement prise par la  
bordonnée au respect des conditions  
es et de ce qui précède.

توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
de l'agent : .....	تاريخ الاستلام : .....
dossier : .....	Date d'arrivée : .....

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

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية  
المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الاثباتية إلى الصندوق  
الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ  
أول عملية طبية. ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه  
الحالة يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من  
انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية  
المرجعية.

تعويض بعض الخدمات بطل رهينا بطلب الموافقة  
المسبقة.

لائحة 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 للاستفادة من  
خدمات غير مستحقة. سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

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

Partie réservée à l'assuré(e)

مؤمن له (ها)

Nom et prénom : **ZIATT Amina**  
N° Immatriculation : **835619929**  
N° CIN : **8229963**  
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) \*  
Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐  
Adresse : **Marne California Saphir 4 apt 1**  
Montant des frais : **2479,50** Dhs  
صاري : .....

في المرفقة : .....

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : **Ziatt Amina**

Date de naissance : **22 04 1992**

N° CIN : **8229963**

Sexe : **M** ☐ ذكر ☐ F ☐ أنثى ☐

INPE et code à barres \*\*

Médecin traitant

Etablissement de soins

Type de soins \*

Hospitalisation ☐ استشفاء ☐ Maternité ☐ أمومة ☐ Accident ☐ حادثة ☐ Maladie ☐ مرض ☐

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant

Fait à : **15 03 2023**

Le : **15 03 2023**

Tوقيع المؤمن له  
Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **14 03 2023**

Le : **14 03 2023**

Tوقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement d

أشهاد بصحة كل ما ذكر أعلاه

تاريخ الإيداع : .....

تاريخ الاستلام : .....

تاريخ الإيداع : .....

تاريخ الاستلام : .....

تاريخ الإيداع : .....

تاريخ الاستلام : .....

تاريخ الإيداع : .....

تاريخ الاستلام : .....

تاريخ الإيداع : .....

تاريخ الاستلام : .....

تاريخ الإيداع : .....

تاريخ الاستلام : .....

تاريخ الإيداع : .....

تاريخ الاستلام : .....

تاريخ الإيداع : .....

# Description des actes effectués

## وصف العمليات المجرأة

تاريخ العما des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
03/23	US		300 DH	
	Echographie		300 DH	
et code à Barres				
et code à Barres				

CIM-10

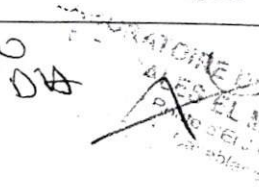
# es Paramédicaux

## عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العم les actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
et code à Barres _ _ _ _ _					
et code à Barres _ _ _ _ _					

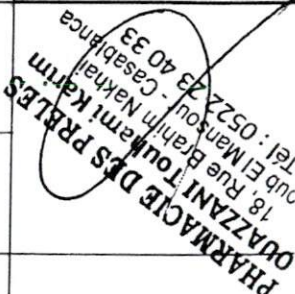
# Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

## حياء. الاشعة والصور

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Rac Biologiste
15/03/23	P2700		2900,00	
INPE et code à Barres 093001287				
INPE et code à Barres  _				

# التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

## Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

Description des interventions exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	أبغ الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharm Fournisseurs des dispositifs
74/03/23	679,50	
INPE et code à Barres 093001287		
INPE et code à Barres  _		

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



# Dr Asmae El KHADIK

Spécialiste en Hépatogastroentérologie

Ancienne Proctologue à l'hôpital Saint Joseph-Paris, France

Ancienne Interne des hôpitaux de Lille, France

Echographie et Endoscopie digestives

D.U "Proctologie Médicale et Chirurgicale"

D.U "Maladies Inflammatoires Chroniques de l'intestin"

D.U "Diététique médicale et Nutrition"

D.U "Réanimation Hépatique"



أخصائية أمراض الكبد والجهاز الهضمي

أخصائية أمراض الكبد والجهاز الهضمي

طبيبة سابقا بمركز أمراض وجراحة المخرج مستشفى سان جوزيف - باريس - فرنسا

طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي، ليل - فرنسا

التشخيص بالمنظار الداخلي والصدى

أمراض وجراحة المخرج

التغذية والحمية

Casablanca le : 14/03/23

Mme Ziatt Amina

Facture du 14/03/2023

- Consultation : 300 DH

- Echographie : 300 DH  
abdominale

*[Signature]*

22, Bd Yacoub El Mansour, Résidence Espace El Mansour, Bureau N° 6, Maarif - CASABLANCA

Tél. : 0522 23 35 82 / GSM : 0667 95 72 24 - Email : docteur.elkhadir@gmail.com

Email : dr.elkhadir@centrepotologie.com - siteweb : www.centrepotologie.com

22, شارع يعقوب المنصور، إقامة فضاء المنصور، عيادة رقم 6 معاريف - الدار البيضاء

الهاتف : 0522 23 35 82 / المحمول : 0667 95 72 24 - البريد الإلكتروني : docteur.elkhadir@gmail.com

Spécialiste en Hépatogastroentérologie

Ancienne Proctologue à l'hôpital Saint Joseph - Paris, France

Ancienne interne des hôpitaux de Lille, France

Echographie et Endoscopie digestives

D.U "Proctologie Médicale et Chirurgicale"

D.U "Maladies inflammatoires Chroniques de l'intestin"

D.U "Diététique médicale et Nutrition"

D.U "Réanimation Hépatique"



أخصائية أمراض الكبد والجهاز الهضمي

طبيبة سابقا بمركز أمراض وجراحة المخرج مستشفى سان جوزيف - باريس - فرنسا

طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي، ليل - فرنسا

التشخيص بالمنظار الداخلي والصدى

أمراض وجراحة المخرج

التغذية والحمية

Casablanca, le : 14/03/23

Mme Amina Ziatt

1) Port Trans

7/2 1/2 sachet dans 1 litre d'eau  
pd 48h puis

2) Portex 1 sachet 1/2 à l'heure de

3) Carbonate 2 sachet 1/2 à l'heure de

4) Néoporton 1 sachet 1/2 à l'heure de

5) Digestine 1 sachet 1/2 à l'heure de

6) Apporox 1 sachet 1/2 à l'heure de

22, Bd Yacoub El Mansour, Résidence Espace El Mansour, Bureau N° 6, Maarif - CASABLANCA  
Tél. : 0522 23 35 82 / GSM : 0667 95 72 24 - Email : docteur.elkhadir@gmail.com

3 583310 000368  
 Importateur Exclusif  
 BIOCOCODEX MAROC  
 B.P. 126 Nouaceur  
 www.biococodex.ma  
 P.P.V.: 245,00 DH  
 CE N°: 1757/2019/DMP

6 118000 020684  
 30 gélules  
**Digestine**

6 118000 031697  
 10 comprimés  
**NEOFORTAN**  
 160 mg

6 118001 070893  
 Boîte de 96 gélules (48 doses)  
**CARBOSYLANE**  
 Laboratoires SOTHEMA  
 P.P.V.: 74,00 DH

6118001181193  
 FORTRAN 100 SAC B20  
 P.P.V.: 73,50 DH  
 maphar  
 LOT: W13870  
 Exp: 05/2025

6118001181209  
 FORTRAN 100 SAC B4  
 P.P.V.: 142,20 DH  
 maphar



Ancien Proctologue à l'hôpital Saint Joseph - Paris, France  
 Ancienne interne des hôpitaux de Lille, France  
 Echographie et Endoscopie digestives  
 D.U "Proctologie Médicale et Chirurgicale"  
 D.U "Maladies inflammatoires"

أخصائية أمراض الكبد والجهاز الهضمي  
 طبيبة سابقة بمركز أمراض وجراحة المخرج  
 فرنسا

**ALES**



# Dr ASMAE EL KHADIR

Nom:ziatt,amina  
ID:20230314-130911-C0E7  
Age:65Ans  
Sexe:Femme

22, boulevard yacoub el mansour. Espace El  
mansour, bureau N 6  
Telephone: 0522233582  
Fax:  
Site internet:



ABD Adulte  
Date exam: 14/03/2023  
Equipeement utilisé: MINDRAY DC-30

## Abdomen - 1 / 2 Page

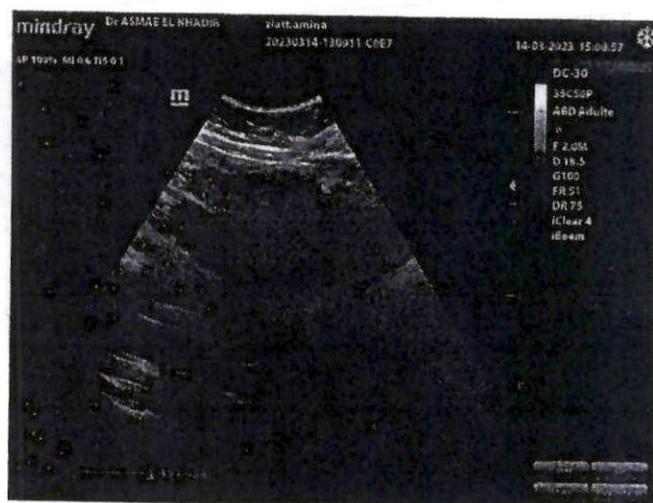
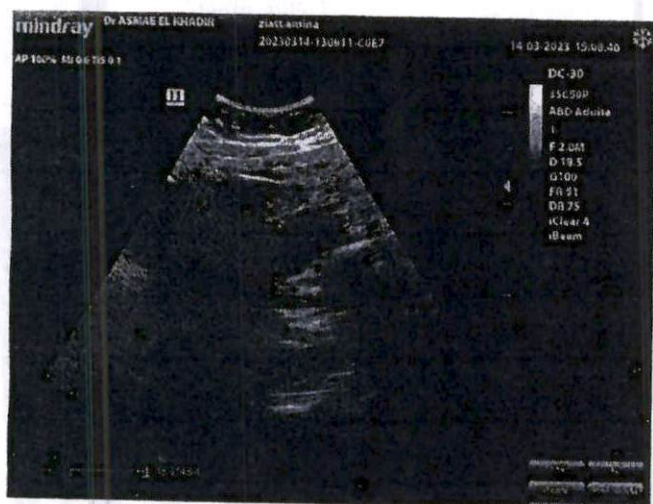
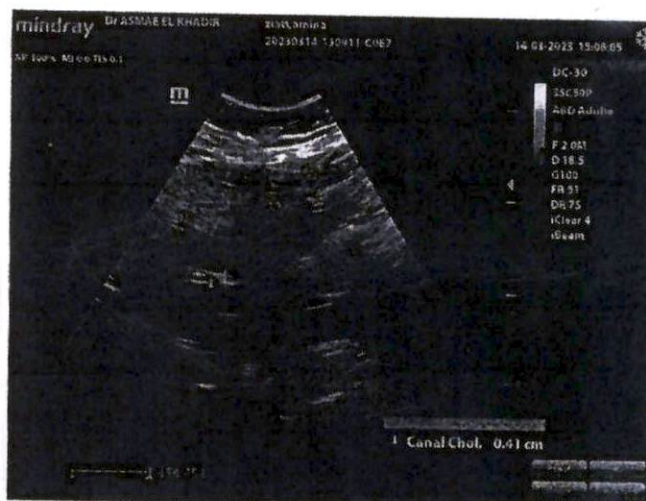
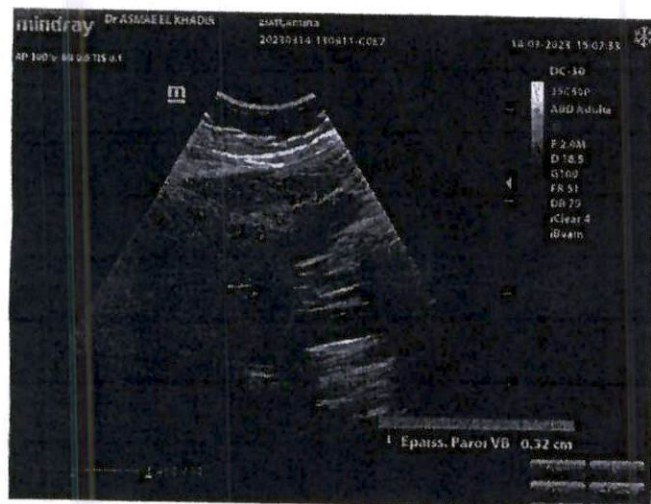
### Mesures 2D

Canal Chol: 0.41cm

Rate: 11.97cm

Epaiss. Paroi VB: 0.32cm

### Image ultrason



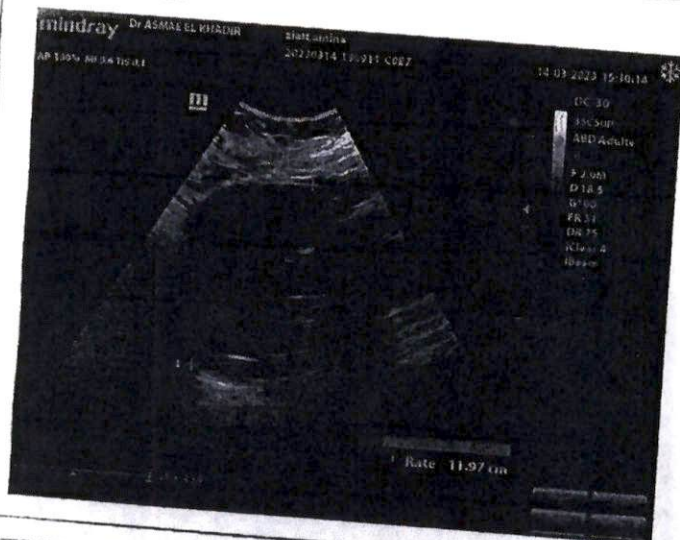


Nom: ziatt,amina  
ID:20230314-130911-C0E7  
ABD Adulte  
Date exam:14/03/2023

Age:65Ans Sexe:Femme

## Abdomen - 2 / 2 Page

### Image ultrason



Comment.: - Foie de taille normale, steatosique et de contours reguliers  
- Vesicule biliaire a paroi fine , avec presence d un sludge ( a recontrler)  
- VBP et TP sont de calibre normal  
- Pancreas est masque par les gazs digestifs  
- Rate est d aspect normal  
- Aerocolie

Signature:

Date sign.:

14/03/23



## Dr. Asmae EL KHADIR

Spécialiste en Hépatogastroentérologie  
Ancienne Proctologue à l'hôpital Saint Joseph - Paris, France  
Ancienne interne des hôpitaux de Lille, France  
Echographie et Endoscopie digestives  
D.U "Proctologie Médicale et Chirurgicale"  
D.U "Maladies inflammatoires Chroniques de l'intestin"  
D.U "Diététique médicale et Nutrition"  
D.U "Réanimation Hépatique"



## الدكتورة أسماء الخضير

أخصائية أمراض الكبد والجهاز الهضمي  
طبيبة سابقا بمركز أمراض وجراحة المخرج  
مستشفى سان جوزيف - باريس - فرنسا  
طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي، ليل - فرنسا  
التشخيص بالمنظار الداخلي والصدي  
أمراض وجراحة المخرج  
التغذية والحمية

Casablanca, le 14/03/23

M<sup>me</sup> Amine Ziaht

1/ NFS PP, CRE

2/ Lipémie, A-GAT, A-GAT, GOT

3/ Hémocult, ACE, CA19-5

4/ Ac anti-transglutaminase IgA

5/ HDL, LDL, TG, GAT, hbgly etc.

6/ Cortiémie de 8h, VitD  
féminine

LABORATOIRE D'ANALYSES  
DOCTEUR EL KHADIR  
Rue 101 Jouda  
Casablanca

22, شارع يعقوب المنصور، إقامة فضاء المنصور مكتب رقم 6 معاريف - الدار البيضاء  
22, Bd. Yacoub El Mansour, Résidence Espace El Mansour, Bureau N° 6, Maarif - CASABLANCA  
Tel.: 0522 23 35 82 / GSM : 0667 95 72 24  
Email : docteur.elkhadir@gmail.com

# LABORATOIRE EL MANZAH D'ANALYSES MEDICALES

115, ROUTE D'EL JADIDA, CASABLANCA

TEL : 0522 23 53 28 / 0522 23 83 46

FAX : 0522 23 35 58 / ICE:000449340000095 / IF:42404900

## Note d'honoraires

Casablanca le 15 mars 2023

Madame ZIATT AMINA

FACTURE N° 436

### Analyses :

Numération formule sanguine -----	B	80	
Exploration d'anomalie lipidique -----	B	190	
Glycémie (à jeûn) -----	B	30	
Hémoglobine glyquée HBA1c -----	B	100	
Transaminases -----	B	100	
Gamma -G.T. -----	B	50	
Ferritine -----	B	250	
Lipase -----	B	100	
Vitamine D -----	B	450	
AUTO-AC IGA ANTITRASGLUTAMINASE -----	B	200	
Protéine C réactive -----	B	100	
Cortisol Plasmaticque de 8 h -----	B	250	
CA 19 - 9 -----	B	400	
A C E -----	B	250	
Recherche de sang dans les selles -----	B	150	Total : B 2700

### Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5
-----------	----	-----

TOTAL DOSSIER

2 900,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux Mille Neuf Cents Dirhams

LABORATOIRE D'ANALYSES

EL MANZAH

Casablanca



Dr. Mostapha MANZAH

Pharmacien Biologiste

DES : Biochimie - Bactériologie - Virologie

Hématologie - Immunologie - Parasitologie

Docteur de la faculté de Nantes (FRANCE)

Ancien interne du C. H.U. de Nantes (France)



دكتور مصطفى المنزه

بذلي بيولوجي

تصاصي في التحليلات الطبية

طبي سابقا بالمركز الصحي والجامعي بنات (فرنسا)

ريج كلية الصيدلة بنات (فرنسا)

Dossier ouvert le : 15/03/23

Prélèvement effectué à 09:01

Edition du : 17/03/23

Madame ZIATT AMINA

Docteur ASMAE EL KHADIR

Réf. : 23C98

## Compte Rendu d'Analyses

## HEMATOLOGIE

## NUMERATION FORMULE SANGUINE

Normales

## GLOBULES ROUGES

Hématies -----:	4,37	M/mm <sup>3</sup>	4,2 - 5,2
Hémoglobine -----:	13,1	g/100 ml	12 - 16
Hématocrite -----:	37,5	%	35 - 45
V.G.M -----:	86	μ3	85 - 95
T.C.M.H -----:	30,0	pg	28 - 32
C.C.M.H -----:	34,9	g/100 ml	32 - 36

## GLOBULES BLANCS

Numération des leucocytes -----:	5 610	/mm <sup>3</sup>	4000 - 10000
----------------------------------	-------	------------------	--------------

## Formule leucocytaire

Polynucléaires Neutrophiles -----:	59,3	%	
Soit :	3 327	/mm <sup>3</sup>	2000 - 7500
Polynucléaires Eosinophiles -----:	1,8	%	
Soit :	101	/mm <sup>3</sup>	40 - 300
Polynucléaires Basophiles -----:	0,2	%	
Soit :	11	/mm <sup>3</sup>	< 100
Lymphocytes -----:	32,1	%	
Soit :	1 801	/mm <sup>3</sup>	1500 - 4000
Monocytes -----:	6,6	%	
Soit :	370	/mm <sup>3</sup>	40 - 800

PLAQUETTES -----:	257 000	/mm <sup>3</sup>	150000 - 400000
-------------------	---------	------------------	-----------------



Dossier ouvert le : 15/03/23

Prélèvement effectué à 09:01

Edition du : 17/03/23

Madame ZIATT AMINA

Docteur ASMAE EL KHADIR

Réf. : 23C98

## Compte Rendu d'Analyses

## BIOCHIMIE

## EXPLORATION D'ANOMALIE LIPIDIQUE

			Normales
Aspect :	Clair		
Cholestérol Total (CHOD-PAP)-----:	1,96 g/l		1,5 - 2
Cholestérol HDL -----:	0,72 g/l		> 0,4
(Précipitation, Acide phosphotungstique) Soit :	1,86 mmol/l		
Cholestérol LDL -----:	1,13 g/l		
(Calculé selon la formule de Friedwald pour TG < 3,4 g/l)			
Rapport Cholestérol LDL / HDL -----:	1,57		< 4,4
Triglycérides -----:	0,57 g/l		< 1,5
(GP Oxydase / Peroxydase) Soit :	0,65 mmol/l		
Glycémie à jeun -----:	0,88 g/l		< 1,1
(GOD / PAP) Soit :	4,9 mmol/l		< 6,1
Hémoglobine glyquée (HbA1c)-----:	5,5 %		4 - 6,5
(HPLC)			

## Interpretations:

- \* < 6,5 % Objectif optimal
- \* 6,6 - 8 % Sur deux contrôles successifs, une modification du traitement peut être envisagée en fonction de l'appréciation du clinicien.
- \* > 8 % Sur deux contrôles successifs, une modification du traitement est recommandée.

## ENZYMOLOGIE

Transaminases - SGOT / ASAT -----:	31 UI/l	< 31
(Cinétique / IFCC)		
Transaminases - SGPT / ALAT -----:	36 * UI/l	< 31
(Cinétique / IFCC)		



Dr. Mostapha MANZAH

Pharmacien Biologiste

D.E.S. : Biochimie - Bactériologie - Virologie

Laboratoire - Immunologie - Parasitologie

Laboratoire de la faculté de Nantes (FRANCE)

Ancien interne du C.H.U. de Nantes (France)



دكتور مصطفى المنزه

دلي بيولوجي

تخصصي في التحليلات الطبية

في سابقا بالمركز الصحي والجامعي بنانت (فرنسا)

مح كلية الصيدلة بنانت (فرنسا)

Dossier ouvert le : 15/03/23  
Prélèvement effectué à 09:01  
Edition du : 17/03/23

Madame ZIATT AMINA  
Docteur ASMAE EL KHADIR  
Réf. : 23C98

## Compte Rendu d'Analyses

Normales

Gamma G.T. : 12 UI/l  
(Colorimétrique / Cinétique)

7 - 32

## IMMUNO / SEROLOGIE

Ferritine : 60,57 ng/ml  
(Technique E.L.F.A.)

Hommes	:	68 à 434	ng/ml
Femmes cycliques	:	9,3 à 159	ng/ml
Femmes ménopausées	:	24,4 à 278	ng/ml
Age de 6 mois à 15 ans	:	15 à 80	ng/ml
Age de 2 à 6 mois	:	40 à 200	ng/ml
Age de 1 à 2 mois	:	140 à 400	ng/ml
Age < à 1 mois	:	90 à 600	ng/ml

## ENZYMOLOGIE

Lipase : 24 UI/l

13 - 65

## VITAMINES

Vitamine D (25-OH Vitamine D Totale D 2et D3) : 35,9 ng/ml  
(Méthode ELFA/VIDAS) Soit : 90 nmol/l

## INTERPRETATION:

STATUT  
déficient  
insuffisant  
suffisant  
toxicité potentielle

25-(OH)VITAMINE D  
< 20 ng/ml  
20-29 ng/ml  
30-100 ng/ml  
> 100 ng/ml

LABORATOIRE D'ANALYSES  
EL MANZAH  
115 Route d'El Jadida - 2<sup>ème</sup> Etage - N° 4 - Maârif - Casablanca

Mostapha MANZAH

Biologiste  
 - Biochimie - Bactériologie - Virologie  
 - Endocrinologie - Immunologie - Parasitologie  
 Chef de la faculté de Nantes (FRANCE)  
 ancien interné du C.H.U. de Nantes (France)



الدكتور مصطفى المنزه  
 صيدلي بولوجي  
 اختصاصي في التحليلات الطبية  
 داخلي سابقا بالمركز الصحي والجامعي بنانت (فرنسا)  
 حريج كلية الصيدلة بنانت (فرنسا)

Dossier ouvert le : 15/03/23  
 Prélèvement effectué à 09:01  
 Edition du : 17/03/23

Madame ZIATT AMINA  
 Docteur ASMAE EL KHADIR  
 Réf. : 23C98

## Compte Rendu d'Analyses

### AUTO-IMMUNITE

AUTO-AC ANTITRANSGlutAMINASE IgA----- : Négatif.  
 ( Elisa ;Seuil :10)

### IMMUNO / SEROLOGIE

		Normales
Protéine C réactive ----- : (Agglutination au latex)	<6 mg/l	< 6

### HORMONOLOGIE

Cortisol à 8 h ----- : (Chimiluminescence/Cobas 6000)	127 ng/ml	45 - 240
--	-----------	----------

### MARQUEURS

CA 19 - 9 ----- : (chimiluminescence)	6 U/ml	< 39
ACE ----- : (chimiluminescence)	1,20 ng/ml	< 5

LABORATOIRE D'ANALYSES  
 EL KHADIR  
 17/03/23





Dossier ouvert le : 15/03/23

Prélèvement effectué à 09:01

Edition du : 17/03/23

Madame ZIATT AMINA

Docteur ASMAE EL KHADIR

Réf. : 23C98

Compte Rendu d'Analyses

MICROBIOLOGIQUES

Recherche de sang dans les selles : Négatif.

Recherche de Hémoglobine dans les selles  
par Immunoturbidimétrie (iFOBT)