

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'H. 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

M23-010560

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

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 : .....

Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie : .....

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : ..... Le : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

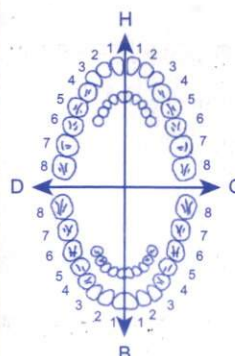
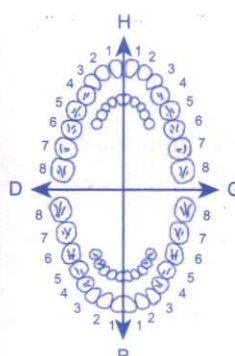
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	IM	IV	

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H  25533412 21433552  00000000 00000000  D  00000000 00000000  35533411 11433553  B </div> <div style="text-align: center;"> G  </div> </div>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## Siège social

83, avenue de l'Armée Royale - Casablanca - Maroc  
 Tél. : 05 22 31 21 63 - 05 22 31 01 69 - Fax : 05 22 31 38 84  
 S.A. au Capital de 1.796.170.800 de DH - R.C. 15.207 - C.N.S.S. 111.6666  
 PATENTE : 35101950 - I.F. 01084830 - ICE : 001530601000041  
 Entreprise régie par la loi n° 17-99 portant code des assurances  
[www.rmaassurance.com](http://www.rmaassurance.com)



**RMA**

ROYAUME  
MAROCAINE  
D'ASSURANCE

## FEUILLE DE DECOMPTE DESTINEE A L'ASSURE

Page 1/1

Employeur : MAROC BUREAU  
 Assuré : KAMEL KHALID  
 N° Affiliation : 00130839 00 002535  
 Personne soignée : KAMEL KHALID  
 N° etiquette : 2023008 00  
 Nature de la maladie :

N° (C / V) : 02989966  
 N° Externe :  
 Date ouverture : 02/05/2023  
 Date règlement : 05/05/2023

Nature des Prestations	Cotation MLT	Cotation N.A.P	Vous avez payé	Base de Remboursement	Taux de Remboursement	Montant de Remboursement
CONSULT.SP.EC.	0		300.00	300.00	96.00	285.00
LABO-ANAL	0		692.00	692.00	96.00	657.40
PHARMACIE	0		379.20	379.20	96.00	322.32
PHARMACIE	0		4965.30	4965.30	96.00	4717.04
<b>TOTAL</b>			<b>6336.50</b>	<b>6336.50</b>		<b>5981.76</b>
						Montant A Rembourser
						<b>5981.76</b>



## Siège social

83, avenue de l'Armée Royale - Casablanca - Maroc  
 Tél. : 05 22 31 21 63 - 05 22 31 01 69 - Fax : 05 22 31 38 84  
 S.A. au Capital de 1.796.170.800 de DH - R.C. 15.207 - C.N.S.S. 111.6666  
 PATENTE : 35101950 - I.F. 01084830 - ICE : 001530601000041  
 Entreprise régie par la loi n° 17-99 portant code des assurances  
 www.rmaassurance.com



**RMA**

ROYALE  
MAROCAINE  
D'ASSURANCE

## FEUILLE DE DECOMPTÉ DESTINÉE A L'ASSURÉ

Page 1/1

Employeur : MAROC BUREAU  
 Assuré : KAMEL KHALID  
 N° Affiliation : 00130338 00 002525  
 Personne soignée : KAMEL KHALID  
 N° sinistre : 3023005 DO  
 Nature de la maladie :

Réf (C / V) : 02989965  
 N° Externe :  
 Date ouverture : 02/05/2023  
 Date règlement : 05/05/2023

Nature des Prestations	Cotation N.T	Cotation N.A.P	Vous avez payé	Base de Remboursement	Taux de Remboursement	Montant de Remboursement
CONSULT.SPEC.	0	0	300.00	300.00	95.00	285.00
LABO-ANAL	0	0	692.00	692.00	95.00	657.40
PHARMACIE	0	0	379.20	379.20	85.00	322.32
PHARMACIE	0	0	4965.30	4965.30	95.00	4717.04
TOTAL			6336.50	6336.50		5981.76
						Montant A Rembourser
						5981.76



**RMA**

ROYALE  
MAROCAINE  
D'ASSURANCE

**FEUILLE DE DECOMPTE DESTINEE A L'ASSURE**

*[Handwritten signature]*

Employeur	: MAROC BUREAU			Page 1/1	
Assuré	: KAMEL KHALID	Réf (C / V)	: 02989965		
N° Affiliation	: 00130838 00 002535	N° Externe	:		
Personne soignée	: KAMEL KHALID	Date ouverture	: 02/05/2023		
N° sinistre	: 3023006 00	Date règlement	: 05/05/2023		
Nature de la maladie	:				

Nature des Prestations	Cotation M.T	Cotation N.A.P	Vous avez payé	Base de Remboursement	Taux de Remboursement	Montant de Remboursement
CONSULT.SPEC.	0	0	300.00	300.00	95.00	285.00
LABO-ANAL	0	0	692.00	692.00	95.00	657.40
PHARMACIE	0	0	379.20	379.20	95.00	322.32
PHARMACIE	0	0	4965.30	4965.30	95.00	4717.04
<b>TOTAL</b>			<b>5335.50</b>	<b>5335.50</b>		<b>5081.76</b>
						Montant A Rembourser
						<b>5381.76</b>



Professeur Agrégé ENNIS  
 Chef de Service de Cardiologie  
 Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie  
 Ancien Président de l'European Society of Cardiology  
 Fellow of The American College of Cardiology

Casablanca :

CASA Le 11/04/2023

M. KHALID KAMEL

VS VS VS

1) CARDIOASPIRINE Comprimé Gastro-Résistant à 100 mg Bte 30 Comprimé

Prendre 1 comprimé à midi, au cours du repas, pendant 3 mois

2) CRESTOR Comprimé Pellicule à 10 mg Bte 28 Comprimé

Prendre 1 comprimé le soir, au cours du repas, pendant 3 mois

3) JANUMET 50/1000MG BT/56CP

Prendre 1 comprimé le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

4) JARDANCE 10 MG

Prendre 1 le matin et le soir, pendant 3 mois

5) APPROVEL Comprimé Pellicule à 150 mg Bte 28 Comprimé

Prendre 1 comprimé le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

6) ZYRTEC Comprimé Pellicule Secable à 10 mg Bte 15 Comprimé

Prendre 1 comprimé le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

VS

PHARMACIE BAYAT AL FATH  
 N° 6 Rue Bayat Al Fath Quartier Beauséjour  
 Casablanca  
 Tél : 05 22 34 47 51 Fax : 05 22 66 24 62  
 E-mail : bayat@yahoo.com

5344150

Direction Générale

LA DRH



Siège social  
25, avenue de l'Armée Royale - Casablanca - Maroc  
Tél : (0522 31 21 69) - (0522 31 01 92) Fax : (0522 31 30 84)  
Site internet : www.maroc-bureau.ma



ROYALE MAROCAINE D'ASSURANCE

Longue Durée  
cardiaque et DIABÈTE

تصريح بالمرض

Déclaration de maladie

Type de déclaration

☒ Maladie ☐ Maternité ☐ Optique ☐ Clinique ☐ Traitements spéciaux

Assuranceur : MA ROC - BUREAU Intermédiaire : .....

Police : Cachet du souscripteur : .....

Informations concernant l'assuré(e)

Nom : KAMEL KHALID  
79 Bd Brahim Roudani n° 29/L 688

Informations concernant le malade

Nom : KAMEL KHALID Lien de parenté : Mm

Engagés : .....

34000

Jure l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration

16/4/05  
Signature de l'assuré(e)



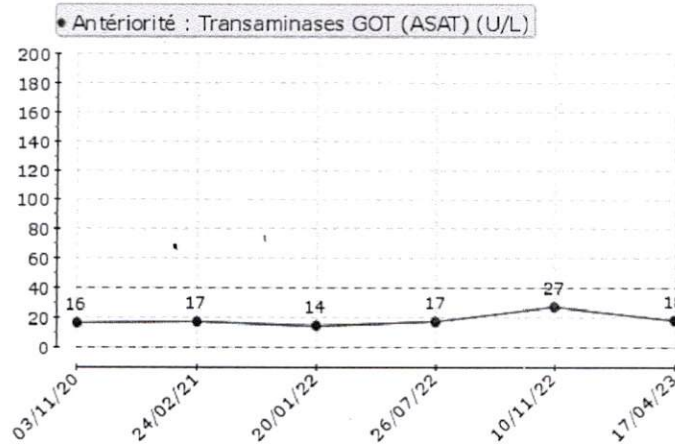
**Transaminases GOT (ASAT):**  
(Dosage enzymatique)

18 U/L

(0-40)

10/11/2022

27



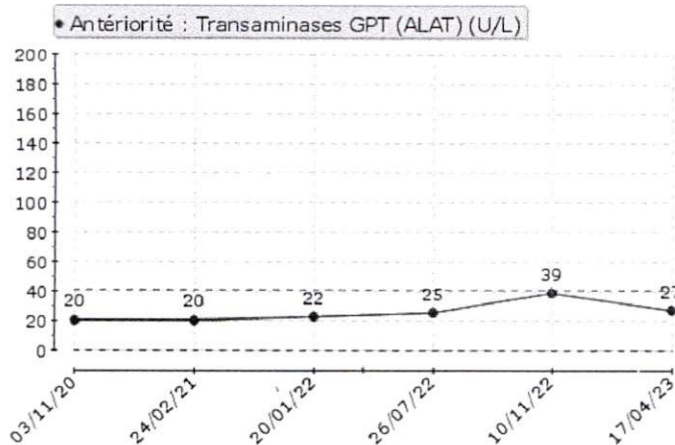
**Transaminases GPT (ALAT):**  
(Dosage enzymatique)

27 U/L

(0-41)

10/11/2022

39



Validation biologique par : Le Dr M. BEZZARI

Dr K. OUZZANI



Dossier n° 2304173090 de Mr Khalid KAMEL

5 / 5





10/11/2022

**HDL-Cholestérol:**

(Dosage enzymatique)

**0,30** g/l  
**0,78** mmol/l

(>0,40)

(>1,03)

0,33

0,85

**Valeurs de référence selon diagnostic -roche :**

<u>Femmes :</u>	>0.65 g/l	Pas de risque
	0.45 à 0.65 g/l	Risque modéré
	< 0.45 g/l	Risque élevé.
<u>Homme :</u>	>0.55 g/l	Pas de risque
	0.35 à 0.55 g/l	Risque modéré
	< 0.35 g/l	Risque élevé .

**Valeurs de référence selon AFSSAP:**

Valeur Normale : > 0.40 g/l.

**LDL:**

(calculé selon la formule de Friedwald)

**0,66** g/L  
**1,71** mmol

(<1,30)

(<3,36)

0,43

1,11

**Selon les recommandations de l'Andem:**

- Résultats à interpréter en fonction du nombre de facteurs de risque (FR) et des objectifs thérapeutiques cités ci-dessous:
- Prévention primaire: (0 ou 1 FR cardio-vasculaire) LDL < 1.60
- Prévention primaire: (2 ou + FR cardio-vasculaire) LDL < 1.30
- Prévention secondaire (maladie coronaire patente) LDL < 1.00

**Selon les recommandations de l'AFSSAPS:**

- Valeur optimale : < 1.60

NB : Les résultats seront interprétés selon les contextes cliniques

10/11/2022

**Triglycérides:**

(Dosage enzymatique)

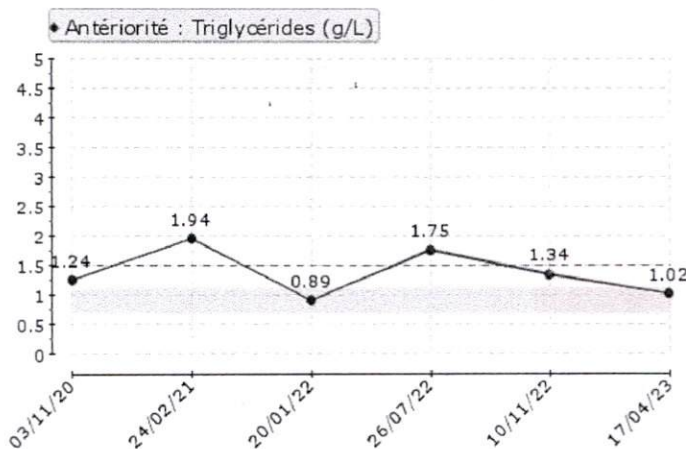
**1,02** g/L  
**1,15** mmol/L

(<1,50)

(<1,70)

1,34

1,51



Dossier n° 2304173090 de Mr Khalid KAMEL



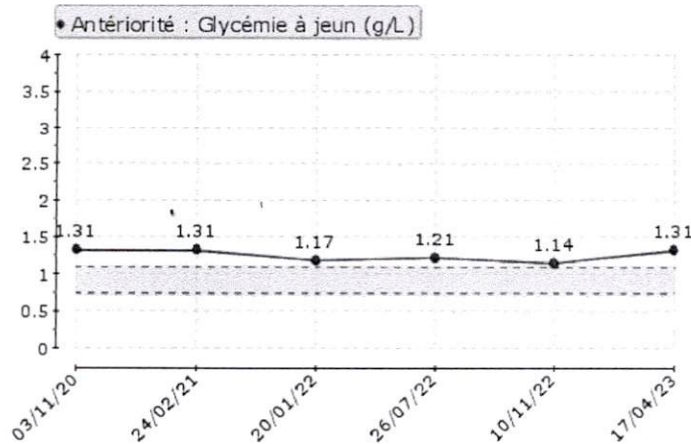


10/11/2022

**Glycémie à jeun:**  
(Hexokinase G6PD-H)

**1,31** g/L  
7,27 mmol/L

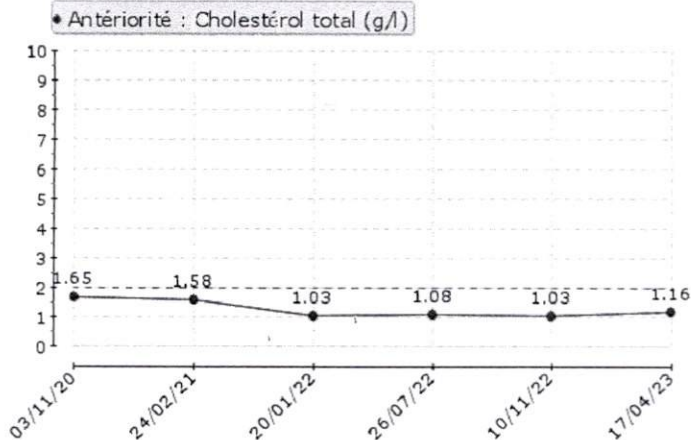
(0,74-1,09) 1,14  
(4,11-6,05) 6,33



**Cholestérol total:**  
(Dosage enzymatique)

**1,16** g/l  
3,00 mmol/L

(<2,00) 1,03  
(<5,17) 2,66



Dossier n° 2304173090 de Mr Khalid KAMEL

3 / 5





10/11/2022

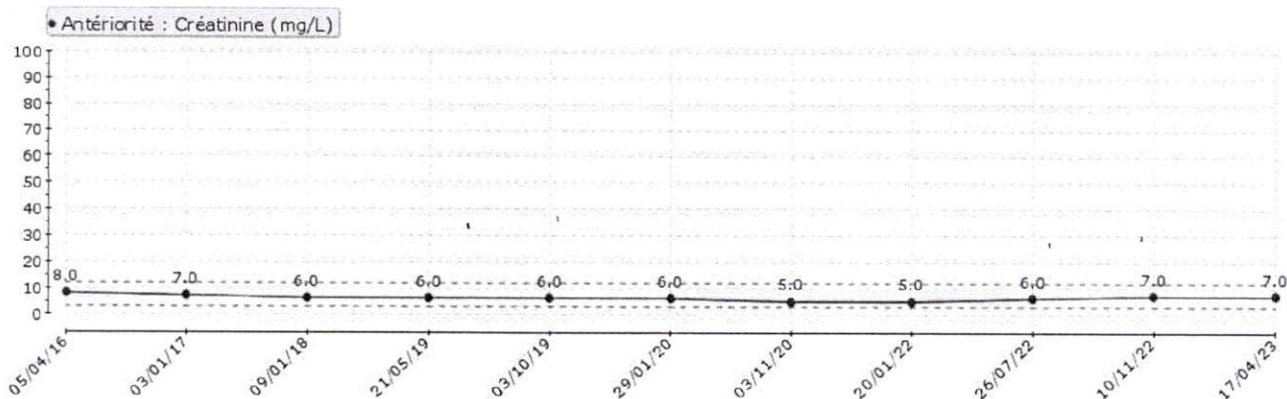
**Créatinine:**

(Dosage colorimétrique cinétique)

**7,0 mg/L**  
62,0 umol/l

(3,0–12,0)  
(26,6–106,2)

7,0  
62,0



**Métabolisme Glucidique**

10/11/2022

**HBA1c**

(HPLC: (HLC-723.G7))

**6,1 %**

(4,0–6,0)

6,2

**Interprétation des résultats:**

Sujet non traité pour un diabète:

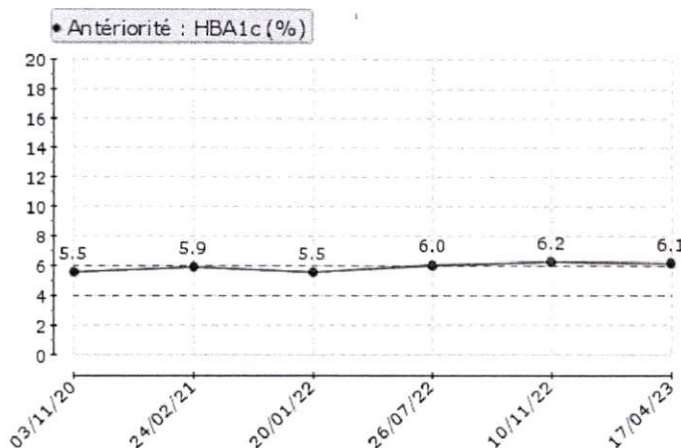
– Normal : 4–6%

Sujet diabétique de type II traité:

– Bon contrôle: < ou = à 6.5%

– Contrôle acceptable : 6.6 – 8.00%

– Mauvais contrôle : > à 8%



Dossier n° 2304173090 de Mr Khalid KAMEL





LABORATOIRE CASALAB PALMIER®

Dossier N°: **2304173090**  
Résultats de: **Mr KAMEL Khalid**  
Né(e) le : **29/05/1963** – 59 ans  
N° CIN :

Date du prélèvement : 17/04/2023 14:38. JAM  
Edition du : 18/04/2023 à 16:44

Monsieur Le Pr AHMED BENNIS (Cardio)

**Cher confrère,** nous vous remercions de votre confiance, et nous vous transmettons les résultats de votre patient.

< Compte-rendu annule et remplace le rapport du 17/04/2023 à 16:20 >

BIOCHIMIE

**Urée:**

(Test cinétique)

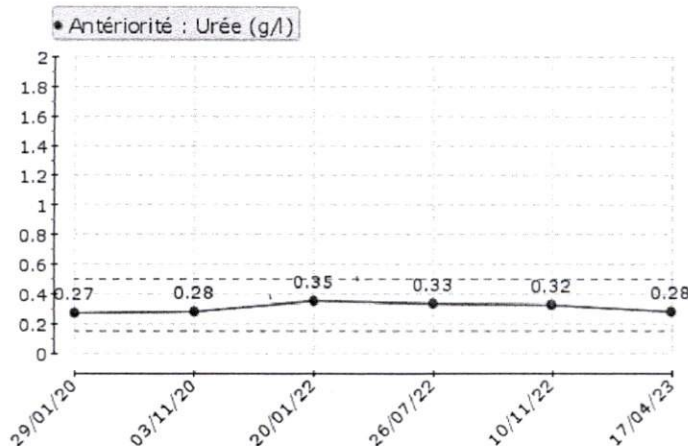
0,28 g/l  
4,67 mmol

(0,15–0,50)  
(2,50–8,34)

10/11/2022

0,32

5,33



Dossier n° 2304173090 – Mr Khalid KAMEL









PHARMACIE BAYT AL FATH - Casablanca



PHARMACIE BAYT AL FATH N°6 AIN SEBAA, CASABLANCA

Facture N° 20230412-338

Date de vente : 11/04/2023  
Médecin traitant :

KHALID KAMEL

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
ZYRTEC CO 10MG B15 COMP	6	63,20	TVA (7.00%)	379,20
APROVEL CO 150MG B28 COMP MV	4	158,30	Exonéré (0.00%)	633,20
ARDIANCE CO 10MG B30 COMP PELLI	6	479,00	Exonéré (0.00%)	2 874,00
NUMET CO 50/1000MG B56 COMP	2	437,00	Exonéré (0.00%)	874,00
RESTOR CO 10MG B30 COMP PELLI	3	167,00	Exonéré (0.00%)	501,00
RDIOASPIRINE CO 100MG B30 COMP	3	27,70	Exonéré (0.00%)	83,10

Total HT	5 319,69 DHS
TVA	24,81 DHS
<b>Total</b>	<b>5 344,50 DHS</b>

Arrêté la présente facture à la somme de : cinq mille trois cent quarante-quatre DHS et cinquante centimes

*Payé en espèces*

صيدلية بيت الفتح  
PHARMACIE BAYT AL FATH  
N° 6 AIN SEBAA, Bayt Al Fath Casablanca  
Tél : 05 22 34 67 52 Fax : 05 22 66 24 82  
E-mail : info@baytalfath.com



**FACTURE N° 2304173090**  
LABORATOIRE CASALAB PALMIER

Casablanca le 17/04/2023  
**INPE : 093002574**

**Mr Khalid KAMEL**  
Demande N° 2304173090  
Date de l'examen : 17/04/2023

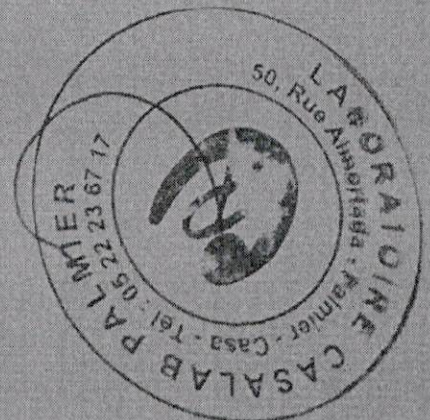
Récapitulatif des analyses	
Analyse	Clé
Prise de sang Adulte	E25
Transaminases P (TGP)	B50
Transaminases O (TGO)	B50
Chlore Cholestérol total	B30
Créatinine	B30
Glycémie	B30
Hémoglobine glycosylée	B100
Cholestérol HDL +LDL	B80
Triglycérides	B60
Urée	B30

Total des B : 460

Total à payer : **692.00** Dirhams

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
**six cent quatre-vingt-douze dirhams**

\*(HN) = analyse hors nomenclature





# Partie réservée au praticien traitant

Nom et Prénom du malade : **Kamel K. Ben**

Date de naissance :

Nature de la maladie : **ATL**

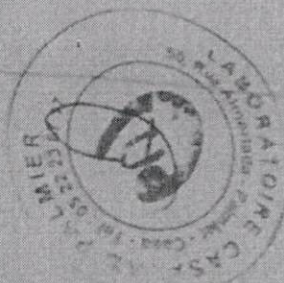
En cas d'accident :  
(préciser causes et circonstances)

**Professeur Ahmed BEHMS**  
Président du conseil d'administration  
94 Rue 140145 - ALGER  
Cedex 140145

## Nature des prestations

Praticien	Date	Acte et Coefficient	Ordonnance	Honoraires	Cachet et signature du praticien
	11/04/2023	✓ 66	3000		<b>Professeur Ahmed BEHMS</b> Président du conseil d'administration 94 Rue 140145 - ALGER Cedex 140145

3 B 460 692,00



## Pharmacie

Factures :  
Date :  
Montant :

11/04/2023 5344,50

## Recommandations importantes

- Etablir une déclaration par personne et par maladie.
- La déclaration doit être accompagnée de toutes les ordonnances médicales, résultats des examens.
- Joindre à la déclaration de maladie les vignettes concernant les médicaments.
- Lorsque la personne malade bénéficie d'un régime à l'assureur les photocopies des pièces justificatives délivrées par cet organisme.
- En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale acquittée sur laquelle devra être précisé l'envoyeur.
- Délai de remise des pièces : toutes les pièces doivent être remises à l'assureur trois mois au plus.
- Toute fausse déclaration est passible des sanctions des assurances.

→ Toute réclamation doit être faite dans un délai de deux mois.



KAMAL KHALID

Né(e) le

Age

Sexe

Taille

Poids

Origine

PA

Remarque

Masculin

cm

kg

FC 59 /min

Intervalle

RR 1011 ms

P 110 ms

PR 166 ms

QRS 90 ms

QT 380 ms

QTc 380 ms

(Bazett)

Axes

P 47°

QRS 50°

T 19°

P (II) 0.09 mV

S (V1) -0.93 mV

R (V5) 1.32 mV

Sokol. 2.80 mV

Interpretation: RYTHME SINUSAL, ECG NORMAL

RIS 02

Rapport non confirmé

V1

V2

V3

V4

V5

V6

I

II

III

aVR

aVL

aVF

P. BENNIS ANKED

1.0 mV 25 mm

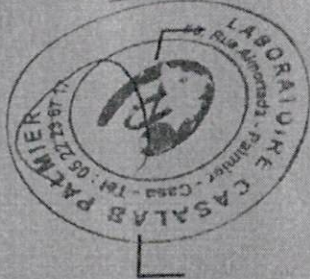
12 mm/s 25 mm  
MS 2015 12 14 02



# CABINET ET D'EXPLORATION

Professeur

Spécialiste de la Cardiologie du CHU  
Membre de la Société Marocaine de Cardiologie  
Fellow of The European Society of Cardiology  
Fellow of The American College of Cardiology



Professeur Ahmed BENNIS  
Spécialiste des Maladies Cardiovasculaires  
24, Rue KADI ASS - MAARIF  
Casablanca

II  
OPHTHALMIQUES

50, Angle Rue Kadi Ass et Rue Abdou El-Khalil  
(Près de la commune urbaine du Maarif) Casablanca  
Tel : 05 22553600 - Fax : 05 22553601  
Mobile : 0661521856

Le : 11/05/2013

## Bilan Biologique

Nom / Prénom : KAMEL KHALID

Age : Sexe : H ☒ F ☐

### Hématologie

- ☐ NFS
- ☐ Plaquettes
- ☐ VS
- ☐ CRP
- ☐ Hémoculture

### Bilan martial

- ☐ Fer sérique
- ☐ CTF
- ☐ Ferritine
- ☐ Transferrine

### Hémostase

- ☐ Temps de Prothrombine
- ☐ TCK
- ☐ Fibrinogène
- ☐ INR

### Glucose

- ☒ Glycémie à jeun
- ☐ PP
- ☐ Hyperglycémie par VO
- ☒ Hémoglobine glyquée

### Ionogramme sanguin

- ☐ Na+
- ☐ K+
- ☐ Cl-
- ☐ Ca++
- ☐ Phosphore
- ☐ Mg++
- ☐ Bicarbonates (HCO3-)
- ☒ Urée
- ☒ Créatinine
- ☐ Acide urique

### Bilan lipidique

- ☒ Cholestérol total
- ☒ Cholestérol HDL
- ☒ Cholestérol LDL
- ☒ Triglycérides

### Fonction hépatique et enzymologie

- ☐ Amylasémie
- ☐ Bilirubine libre et conjuguée
- ☐ Phosphatases alcalines
- ☐ Lactate Déshydrogénase LDH
- ☒ Transaminases ASAT, ALAT
- ☐ Gamma-GT
- ☐ haptoglobine
- ☐ CPK (Créatine Phosphokinase)
- ☐ Troponine
- ☐ Electrophorèse des protéines EPP
- ☐ BNP
- ☐ protidémie
- ☐ albumine

### Ionogramme urinaire

- ☐ Ca++
- ☐ Phosphore
- ☐ Na+
- ☐ K+
- ☐ Cl-
- ☐ Urée
- ☐ Créatinine

### Examen des urines

- ☐ Protéinurie des 24h
- ☐ Microalbuminurie des 24h
- ☐ ECBU
- ☐ AntibioGramme

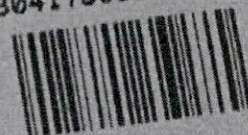
### Groupe sanguin

- ☐ ABO
- ☐ Rhésus
- ☐ RAI

### Sérologie et immunologie

- ☐ VDRL - TPHA
- ☐ Hépatite B
  - ☐ Antigène Hbs
  - ☐ Anticorps Anti-Hbs
  - ☐ Anticorps Anti-Hbc
  - ☐ Anticorps Anti-Hbe
- ☐ Hépatite C
  - ☐ Anticorps Anti-HV
- ☐ Sérologie Toxoplasme
- ☐ Sérologie Rubéole
- ☐  $\beta$ -HCG Plasmatique
- ☐ Facteur Rhumatoïde (Latex, Waaler Rose)
- ☐ Anticorps Anti-nucl
- ☐ Anticorps Anti-DNA
- ☐ ASLO
- ☐ Dosage du Comm

Mr KAMEL Khalid  
29-05-1983  
2304173090



tres :