

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1480 Société : 2.A.M
 Actif Pensionné(e) Autre : A b7425
 Nom & Prénom : EL MOUSTI RACHID.
 Date de naissance : 16.06.49
 Adresse : Cité ATTADAMOUNYE Rue 2 N° 6 OULFA
 Tél. : 0663875063 Total des frais engagés : 842,60 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément
CHOPS

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : 2023

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) :

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

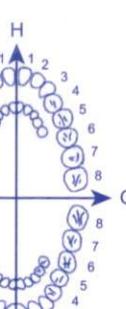
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 B 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553		Coefficient des travaux
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

La feuille de soins doit être renseignée, signée et accompagnée des pièces originales nécessaires (ordonnance médicale, factures, codes à barres, etc.).

Les résultats des analyses biologiques ne sont pas exigés lors du dépôt des dossiers de demande de remboursement au niveau de votre Mutuelle. Les résultats des examens radiologiques ne sont pas également exigés sauf pour des cas précis (Visitez le site de la CNOPS pour plus de détail).

La feuille de soins doit porter l'INPE du médecin traitant et des professionnels de soins, ainsi que leur cachet, leur signature et la date des actes.

Le remboursement des dossiers de maladie s'effectue sur la base de la Tarification Nationale de Référence;

Le dossier de remboursement doit être adressé ou présenté à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf si l'il s'agit d'un traitement continu. Dans ce cas, le dossier doit être présenté dans les 60 jours qui suivent la fin du traitement;

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues est passible des sanctions légales et réglementaires.(Article 135 de la Loi 65 - 00);

Pour plus d'informations, visitez le site www.cnops.org.ma où le site de votre mutuelle.

Pour l'Assurance Maladie Obligatoire des Etudiants (AMOE) les bénéficiaires doivent renseigner leurs noms, le n° de la CIN et adresser le dossier de remboursement à la CNOPS au 4 , rue Al KHALIL, B.P 209- Rabat.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاقدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتوفيق عليها وارفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسنية للأدوية، الخ...).

المؤمن غير مطالب بالادلاء بنتائج التحاليل البيولوجique عند ايداع ملف طلب التعويض لدى التغاضدية ولا بالادلاء بنتائج الفحوصات الاشعاعية الا في بعض الحالات الخاصة (زوروا موقع الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل).

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وبقي مهنيي الصحة وتوقيعهم وختتمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

يجب ارسال او ايداع ملف المرض لدى مصالح التغاضدية التي تتبعون إليها خلال الشهرين المواليين لتاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوماً ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج.

يعاقب بغرامة وبارجاع المبالغ المقووسة بغير حق دون الاحوال بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة (المادة 135 من القانون 65-00).

للمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصندوق www.cnops.org.ma أو الموقع الإلكتروني للتأمين.

بالنسبة للتأمين الجباري عن المرض الخاص بالطبية (AMOE), يجب على المستفيدين تدوين اسمهم ورقم بطاقةتعريفهم الوطنية وإرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زنقة الخطيب ص 209 الرباط.



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de soins Maladie

التأمين الجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

رقم الهاتف (اختياري):
فاصد بالمؤمن له (ة)

Nom et prénom : BENJALLOUN Amina

N° Affiliation : 1538KF4

N° Immatriculation : 9382BD15B2

N° CIN : A78767

Lien de parenté du bénéficiaire
avec l'assuré(e)*Conjoint زوجEnfant ابن

Adresse : cité Tadamone , rue 2, n° 6 A Sfar

ED ouffa - CASABLANCA

Montant des frais (Dhs) : 842,60

Nombre de pièces jointes : 10 pièces

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاج

Nom et prénom : BENJALLOUN Amina

Date de naissance : 01/01/1956

N° CIN : A78767

Sexe* : Masculin ذكر Feminin أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° de l'Identifiant National des Professionnels
et des Établissements de santé (INPE)

991170670

Type de soins

Maladie* مرض * Date de grossesse : oui nonMaternité* امومة * Date prévue d'accouchement : oui nonHospitalisation* استشفاء * Date d'hospitalisation : oui nonAccident* حادث * Date d'accident : oui nonFait à : GRASABLANCA حرب : Le : 02/05/2017 في : (توقيع المؤمن له)
Signature de l'assuré(e)

Assauts

Fait à : CASA فرب : Le : 16/05/2017 في :

Dr. Mehrab BEHNIA CARDIOLOGUE

Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

Rue 2 N° 61 étage 1 Tel: 0522910762

* Cocher la mention utile pour chaque case

* ضع علامة في الخلية المناسبة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

* يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

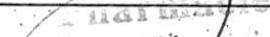
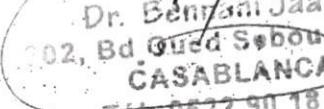
علميات الاحياء، الاشعة والصو

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات -Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du médecin traitant
16/5/13		CST		Guthi	Dr. Mehdi BENJELLOUN TUE 21 07 13 10:54:45 TEL: 05 22 91 07 62 - 06 04 77 INPE: 91170670 CAREPOL
21/5/13		ECHO		30000	Dr. Mehdi BENJELLOUN TUE 21 07 13 10:54:45 TEL: 05 22 91 07 62 - 06 04 77 INPE: 91170670 CARDIOLOGUE

CM-10

حد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المعمونة

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

التاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي او مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
22.05.2028	1 - 162,65	 
INP: [REDACTED]		
INP: [REDACTED]		
INP: [REDACTED]		

INP:

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

علميات الاحياء، الاشعة والصو

Actes Paramédicaux

Amelia Earhart - Yes

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

71.447

22-Mai-2023 15:37:20 Fréq. Card.: 57 BPM
 Axes P-R-T: 69 52 37 Int PR: 174ms
 Dur.QRS: 94ms QT/QTc: 432/425ms

ID:
 D-naisse:
 ans:

I

II

III

aVR

aVL

aVF

22-Mai-2023 15:37:20

Dr. Mehdi BENJELLOUN ^{دكتور مهدي بنجلون}
CARDIOLOGIE
 Rue 2, N° 61 - 1er Etage RP Chahdia - El Oulfa
 Tel: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14
 INPE: 9 11 0670

BENJELLOUN
 ANINA

V1

V2

V3

V4

V5

V6

114330225506

Dr benjelloun Mehdi

Site * 0 App.* 0

Version 2.0.3.5 Séquence *29599 25mm/s 10mm/mV 0.05-40 Hz



Laboratoire Chahdia d'Analyses Médicales

مختبر الشهدية للتحاليلات الطبية

Dr J.L.KHALLOUK / Médecin Biologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca, Ex Médecin Interne au CHU Ibn Rochd - Casablanca

Dossier ouvert le : 16/05/23

Prélèvement effectué à 08:41

Edition du : 16/05/23

Madame BENJALLOUN AMINA

Date de naissance : 01/03/1956

Réf. : 23E545

Page : 1/2

Compte Rendu d'Analyses

HEMATOLOGIE

(Sysmex)

NUMERATION FORMULE SANGUINE

Normales (Femme Adulte)	Antériorités
26/05/22	

GLOBULES ROUGES

Hématies -----:	4,07	*	M/mm ³	4,2 - 5,2	4,06
Hémoglobine -----:	13,1		g/100 ml	12 - 16	13,3
Hématocrite -----:	39		%	35 - 45	40
- V.G.M. -----:	85		μ ³	85 - 95	
- T.C.M.H. -----:	28		pg	28 - 32	
- C.C.M.H. -----:	33		g/100 ml	30 - 35	

GLOBULES BLANCS

Numération des leucocytes -----:	5 000		/mm ³	4000 - 10000	5400
Formule leucocytaire					
Polynucléaires Neutrophiles -----:	57,5		%	50 - 70	
Soit :	2 875		/mm ³	2000 - 7500	
Polynucléaires Eosinophiles -----:	3,0		%	1 - 3	
Soit :	150		/mm ³	40 - 300	
Polynucléaires Basophiles -----:	0,0		%	< 1	
Soit :	0		/mm ³	< 100	
Lymphocytes -----:	36,5		%	20 - 40	
Soit :	1 825		/mm ³	1500 - 4000	
Monocytes -----:	3,0		%	1 - 8	
Soit :	150		/mm ³	40 - 800	

PLAQUETTES

Résultat -----:	198 000		/mm ³	150000 - 400000	232000
-----------------	---------	--	------------------	-----------------	--------

LABORATOIRE CHAHDIA
D'ANALYSES MEDICALES
Dr. J.L. KHALLOUK
Médecin Biologiste
349, Bd. Oued Daoura, 1er Etage, Lot. Chahdia
Oulfa - Casablanca - Tel. 05 22 93 33 44

349, Bd. Oued Daoura - Lot Chahdia 1er Etage Oulfa - Casablanca - Tél.: 05 22 93 33 44 - E-mail : labochahdia@gmail.com

07 66 41 93 94 - شارع واد الدورة بجزئه الشهدية - الطابق الأول - الألفة الدا البيضاء - الهاتف : 05.22.93.33.44 - النقال : 05.22.93.33.44

labochahdia@gmail.com - INPE : 093062149 / ICE : 001718112000062 / IF : 18800233 - البريد الإلكتروني:



Laboratoire Chahdia d'Analyses Médicales

مختبر الشهيدية للتحاليلات الطبية

Dr J.L.KHALLOUK / Médecin Biologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca, Ex Médecin Interne au CHU Ibn Rochd - Casablanca

Dossier ouvert le : 16/05/23

Prélèvement effectué à 08:41

Edition du : 16/05/23

Madame BENJALLOUN AMINA

Date de naissance : 01/03/1956

Réf. : 23E545

Page : 1/2

Compte Rendu d'Analyses

HEMATOLOGIE

(Sysmex)

NUMERATION FORMULE SANGUINE

	Normales (Femme Adulte)	Antériorités
		26/05/22

GLOBULES ROUGES

Hématies -----:	4,07	*	M/mm ³	4,2 - 5,2	4,06
Hémoglobine -----:	13,1		g/100 ml	12 - 16	13,3
Hématocrite -----:	39		%	35 - 45	40
- V.G.M. -----:	85		μ ³	85 - 95	
- T.C.M.H. -----:	28		pg	28 - 32	
- C.C.M.H. -----:	33		g/100 ml	30 - 35	

GLOBULES BLANCS

Numération des leucocytes -----:	5 000		/mm ³	4000 - 10000	5400
Formule leucocytaire					
Polynucléaires Neutrophiles -----:	57,5		%	50 - 70	
Soit :	2 875		/mm ³	2000 - 7500	
Polynucléaires Eosinophiles -----:	3,0		%	1 - 3	
Soit :	150		/mm ³	40 - 300	
Polynucléaires Basophiles -----:	0,0		%	< 1	
Soit :	0		/mm ³	< 100	
Lymphocytes -----:	36,5		%	20 - 40	
Soit :	1 825		/mm ³	1500 - 4000	
Monocytes -----:	3,0		%	1 - 8	
Soit :	150		/mm ³	40 - 800	

PLAQUETTES

Résultat -----:	198 000		/mm ³	150000 - 400000	232000
-----------------	---------	--	------------------	-----------------	--------

LABORATOIRE CHAHDIA
D'ANALYSES MÉDICALES
Dr. J. L. KHALLOUK
Médecin Biologiste
349, Bd. Oued Daoura, 1er Etage, Lot. Chahdia
Oulfa - Casablanca - Tel. 05 22 93 33 44

349, Bd. Oued Daoura - Lot Chahdia 1er Etage Oulfa - Casablanca - Tél.: 05 22 93 33 44 - E-mail : labochahdia@gmail.com

07 66 41 93 94 - شارع واد الدورة بجزئية الشهيدية - الطابق الأول - الألفة الدا البيضاء - الهاتف : 05.22.93.33.44 - النقال : 05 22 93 33 44

labochahdia@gmail.com - البريد الإلكتروني: INPE : 093062149 / ICE : 001718112000062 / IF : 18800233



Laboratoire Chahdia d'Analyses Médicales

مختبر الشهدية للتحاليل الطبية

LABORATOIRE CHAHDIA D'ANALYSES MEDICALES
Dr J.L.KHALLOUK / Médecin Biologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca, Ex Médecin Interne au CHU Ibn Rochd - Casablanca
Dr J.L. KHALLOUK / Médecin Biologiste

349, Bd Oued Daoura Lot CHAHDIA Oulfa CASABLANCA- TEL 0522933344, Mail: labochahdia@gmail.com
INPE: 093062149 / ICE: 001718112000062 / IF : 18800233

Casablanca le 16 mai 2023

Madame BENJALLOUN AMINA

FACTURE N°	9891	
Analyses :		
Numération formule sanguine -----	B	80
Glycémie (à jeûn) -----	B	30
Cholestérol total -----	B	30
Cholestérol HDL -----	B	50
Cholestérol LDL -----	B	50
Triglycérides -----	B	60
		Total : B 300
Prélèvements :		
Sang-----	Pc	1,5
TOTAL DOSSIER	380,00 DH	

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois Cent Quatre vingt Dirhams

LABORATOIRE CHAHDIA
ANALYSES MÉDICALES
Dr. J. L. KHALLOUK
Médecin Biologiste
349, Bd Oued Daoura 1er Etage Oulfa - Casablanca - Tél. 0522933344
INPE: 093062149 / ICE: 001718112000062 / IF : 18800233



MME BENJALLOUN AMINA
CT ATTADAMOUN R 2 N 6 AZ
OULFA
CASABLANCA
CASABLANCA CENTRE DE TRI
20000

Accusé de Réception

N° de Dossier : 81046064 Date et heure : 24/05/2023 09:21
Nom et prénom Assuré : BENJALLOUN AMINA
Immatriculation : 93230532 / 090018027
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: BENJALLOUN AMINA / 01
Type de dossier : FEUILLE DE SOINS
Lieu de réception : CASA 90158
Valeur en Dirhams : 842,60 Nombre de pièces : 10
Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE398
Nom Etablissement :



En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, La CNOPS est l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 83 de ladite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie).

Information

PAYE

● Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
- 2	-	28/06/2023	Virement	-	2 539,10	1 299,22	206,92	1 506,14
	80966936	19/05/2023	Payé en : 40 jours	BENJALLOUN AMINA	1 696,50	786,65	121,52	908,17
	81046064	24/05/2023	Payé en : 35 jours	BENJALLOUN AMINA	842,60	512,57	85,40	597,97
■ 1	-	27/06/2023	Virement	-	2 026,70	1 184,87	162,26	1 347,13
■ 1	-	22/06/2023	Virement	-	1 731,70	1 358,40	5,00	1 363,40
■ 1	-	05/04/2023	Virement	-	805,70	528,25	88,98	617,23
■ 4	-	17/02/2023	Virement	-	4 455,10	1 090,20	161,54	1 251,74
■ 1	-	02/02/2023	Virement	-	1 563,30	1 262,20	5,00	1 267,20
■ 1	-	03/12/2022	Virement	-	1 300,00	400,00	50,00	450,00
■ 2	-	31/10/2022	Virement	-	1 436,40	867,57	98,60	966,17

Dr. Mehdi BENJELLOUN
Spécialiste des maladies
du coeur et des vaisseaux



الدكتور مهدي بنجلون
إختصاصي في أمراض القلب
والشرايين

Casablanca, le : 22/05/2023

Nom et Prénom :

BENJALLOUN Amina

27.70 ♂ 3 .

TAM
S.V

CARDIOASPIRINE 100

1 comprimé à midi après le repas, pendant 3 mois

29.50

DYNATENS

20 gouttes matin midi et soir

TAM
S.V

1 - 162.60

Farmacie AINA
Dr. Bensani Jaafar
102, Bd Oued Sbaou - Oulfa
CASABLANCA
Tel: 0522 90 18 59

Dr. Mehdi BENJELLOUN
CARDIOLOGUE
Rue 2, N° 61 - 1er Etage - Rp Chhdia - El O
Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 1
INPE: 91170070

زنقة 2، رقم 61 - الطابق الأول - مدار الشهدية - الأنفحة - الدار البيضاء - الهاتف: 0604.72.39.14 - 0522.91.07.62 - البريد الإلكتروني : drmehdibenjelloun@gmail.com

Rue 2, N° 61 - 1er Etage - Rp chhdia - EL Oulfa - Casablanca - Tél : 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14 E-mail : drmehdibenjelloun@gmail.com



Casablanca, le :

18/05/13

Nom et Prénom : BENJELLOUN Anis

Examen du sang

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Crétaténémie | <input type="checkbox"/> ASLO |
| <input type="checkbox"/> Urée sanguine | <input type="checkbox"/> Fibrinémie |
| <input type="checkbox"/> Acide urique | <input type="checkbox"/> Taux de prothrombine +INR |
| <input checked="" type="checkbox"/> Glycémie à jeun | <input type="checkbox"/> Ionogramme sanguin |
| <input checked="" type="checkbox"/> Cholestérol total, HDL, LDL | <input type="checkbox"/> P.S.A |
| <input checked="" type="checkbox"/> Triglycérides | <input type="checkbox"/> T3 <input type="checkbox"/> T4 <input type="checkbox"/> TSHus |
| <input type="checkbox"/> SGOT - SGPT -G.T | <input type="checkbox"/> Hb Glycosylée |
| <input type="checkbox"/> Marqueurs hépatites B et C | <input type="checkbox"/> Troponine |
| <input checked="" type="checkbox"/> V.S. NFS avec plaquettes | <input type="checkbox"/> C.R.P |
| <input type="checkbox"/> CPK | <input type="checkbox"/> Electrophorèse des protides |
| <input type="checkbox"/> CPKmb | <input type="checkbox"/> Protidémie |
| <input type="checkbox"/> Vitamine D | <input type="checkbox"/> D-Dimères |

Examen des Urines

- Recherche de l'Albumine
- Microalbuminurie de 24 h
- E.C.B.U
- Ionogramme Urinaire

Dr. MEHDI BENJELLOUN - Casablanca - 344
 CARDIOLOGUE
 Rue 2 N° 61 - 1er Etage - M. Chahid - 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14
 INPE: 91170670

PPC: 79,50 DH

Preference variant:

Lot:

A consommer de:

220506
07/2025



Cardiofusine 100 mg/300 µg
Acide acétylcholinestérolase
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6

118001090280

Barcode

6

118001090280

Barcode

6

118001090280

Barcode

كارديوفوسين 100
مختبر استيبل سايسيليك

6

118001090280

Barcode

6