

# 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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



# Déclaration de Maladie

M22- 0059823

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1856 Société : PAU

Actif  Pensionné(e)  Autre

Nom & Prénom : S. Aoui KHATA

Date de naissance : 16/09/98

Adresse : 169098

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) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0059823

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

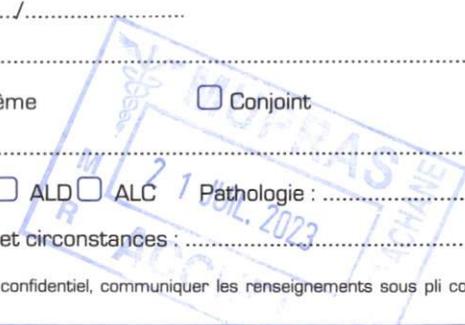
Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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	I M	I V	

VOLET ADHERENT

\* 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 :**

Veillez 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															
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			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

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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



Complément du Pire en charge

parcours

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0016365

- Maladie       Dentaire       Optique       Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01856 Société : RAM

Actif       Pensionné(e)       Autre : .....

Nom & Prénom : SLAOUI KHATA Date de naissance : 1956

Adresse : OU Dja

Tél. : 067 82 0500 Total des frais engagés : 600,00 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 : .....

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 : OU Dja Le : 06 / 07 / 2023

Signature de l'adhérent(e) : 9

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 0016365

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

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

**Coupon à conserver par l'adhérent(e).**

### 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
<i>[Signature]</i>	08/07/23	B570	60000

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

\* 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 :

Veillez 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															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
	<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		<table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </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

## Dr. El Mostapha Aziz ALAOUI

Neurochirurgien  
Chirurgie du cerveau, de la moelle épinière.  
Chirurgie de la colonne vertébrale  
Electroencéphalographie

12, Rue Zaki Eddine Attaoussi,  
(à côté de la clinique Neurochirurgicale Anoual)  
Casablanca - Tél.: 05 22 86 41 00  
E.mail: doctoralaoui@hotmail.com

Sur Rendez-vous

Casablanca, le..... في الدار البيضاء

عزيز علي المصطفى

أمراض وجراحة الدماغ،  
أصاب والعمود الفقري  
الكهربائي للدماغ

يسبي (قرب مصحة الدماغ أنوال) الدار البيضاء.

تلف: 05 22 86 41 00

البريد الإلكتروني: doctoralaoui@hotmail.com

بالموعد



09/06/2023



## Certificat Médical

Je soussigné certifie avoir examiné **SLAOUI Khnata** et que sa  
santé nécessite un **BIOLOGIQUE APPROFONDIE POUR**  
**DOULEUR RACHIDIENNES DIFFUSES**

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit.

Dr. A. ALAOUI EL A.  
Neurochirurgien  
18, Rue Abou Maacher - Anoual  
Casablanca  
Tél: 05 22 86 41 00

# Dr. El Mostapha Aziz ALAOUI

Neurochirurgien

Chirurgie du cerveau, de la moelle épinière.

Chirurgie de la colonne vertébrale

Electroencéphalographie

12, Rue Zaki Eddine Attaoussi,

(à côté de la clinique Neurochirurgicale Anoual)

Casablanca - Tél.: 05 22 86 41 00

E.mail: doctoralaoui@hotmail.com

Sur Rendez-vous

Casablanca, le ..... في الدار البيضاء



دكتور المصطفى

وجراحة الدماغ،

بiod الفقري

ريائي للدماغ

مصحة الدماغ أنوال، الدار البيضاء.

05 22 86 41 00

doctoralaoui@hotmail.com

بوعبد

09/06/2023

SLAOUI Khnata

NFS VS CRP LATEX WALER ROSE CHOLESTEROL  
TRIGLYCERIDES UREE CREAT TRANSAMINASES



دكتور المصطفى  
Neurochirurgien  
18, Rue Abou Maachou  
Tél: 05 22 86 41 00

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
ABDELMOUEN  
Dr. Asmae LAMJOUN  
8, Rue Jakarta - OUDJA  
Tél: 0536 68 74 74 / 75 - Fax: 0536 68 74 75

En cas d'urgence contacter Clinique Anoual au Tél.: 05 22 86 02 07/08/09/10 : الهاتف: بمصحة أنوال -

Patente : 36300235 - I.F.:42023905 - N° CNSS: 2359330 - ICE: 00205146200004



# مختبر التحليلات الطبية عبد المومن

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ABDELMOUMEN

Biochimie - Hématologie - Bactériologie - Virologie - Parasitologie - Mycologie - Immunologie

Dr Asmae LAMJOUN  
Spécialiste en Biologie Clinique

الدكتورة أسماء لمجون  
أخصائية في البيولوجيا السريرية

Diplômée de l'Université de Pharmacie de MONASTIR  
Ex - Attachée aux CHU de SOUSSE et MONASTIR

Dossier créé le : 06/07/23  
Edité le : 06/07/23  
Prélèvement effectué à 09:33



Mme SLAOUI KHNATA  
Dossier : 23G52D  
Docteur EL MOSTAPHA AZIZ ALAOU

Page : 2/5

### VITESSE DE SEDIMENTATION

1<sup>ème</sup> heure ----- : 12 mm 18

VN: Femme: Age(années)+10 /2  
Homme: Age (années) /2  
Enfants: < 10 mm

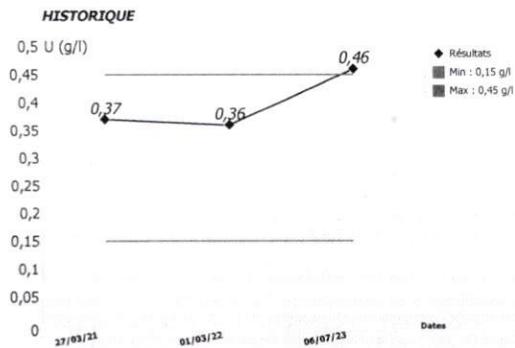
### BIOCHIMIE

Aspect du sérum----- : Opalescent.

11/02/21

Urée ----- : 0,46 \* g/l 0,15 - 0,45 0,36  
Soit ----- : 7,67 mmol/l 2,5 - 7,5 6,00

01/03/22



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
ABDELMOUMEN  
Dr. Asmae LAMJOUN  
8, Rue Jakarta - OUIDA  
Tél: 0536 68 74 74 / 76 - Fax: 0536 68 74 75



# مختبر التحليلات الطبية عبد المومن

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ABDELMOUMEN

Biochimie - Hématologie - Bactériologie - Virologie - Parasitologie - Mycologie - Immunologie

Dr Asmae LAMJOUN  
Spécialiste en Biologie Clinique

الدكتورة أسماء لمجون  
أخصائية في البيولوجيا السريرية

Diplômée de l'Université de Pharmacie de MONASTIR  
Ex - Attachée aux CHU de SOUSSE et MONASTIR



Dossier créé le : 06/07/23  
Edité le : 06/07/23  
Prélèvement effectué à 09:33

Mme SLAOUI KHNATA  
Dossier : 23G52D  
Docteur EL MOSTAPHA AZIZ ALAOUI

Page : 1/5

### HEMATOLOGIE

#### NUMERATION FORMULE SANGUINE

(AUTOMATE CELLTAC)

Normales Antériorité  
(Femme Adulte)  
01/03/22

#### NUMERATION GLOBULAIRE

<b>Globules rouges</b> -----:	4,67	M/mm <sup>3</sup>	4 - 5,3	5,35
Hémoglobine -----:	13,8	g/dl	12 - 16	15,4
Hématocrite -----:	40	%	35 - 46	46
VGM -----:	85	fl	80 - 95	
TCMH -----:	29	pg	28 - 32	
CCMH -----:	35	%	30 - 36	
Indice de distribution des G.R -----:	12,2	%	11,5 - 14,5	12,5
<b>Globules blancs</b> -----:	6 600	/mm <sup>3</sup>	4000 - 10000	8200

#### FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires neutrophiles -----:	39,9	%		
soit---:			2 633 /mm <sup>3</sup>	2000 - 7500
Polynucléaires éosinophiles -----:	4,9	%		
soit---:			323 /mm <sup>3</sup>	40 - 300
Polynucléaires basophiles -----:	0,8	%		
soit--:			53 /mm <sup>3</sup>	
Lymphocytes -----:	46,2	%		
soit--:			3 049 /mm <sup>3</sup>	1500 - 4000
Monocytes -----:	8,2	%		
soit--:			541 /mm <sup>3</sup>	40 - 800
<b>Plaquettes</b> -----:	239 000	/mm <sup>3</sup>		150000 - 500000
Volume plaquettaire moyen-----:	9,3	fl		7 - 11 8,3

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
ABDELMOUMEN  
Dr. Asmae LAMJOUN  
8, Rue Jakarta - Oujda  
Tél: 0536 68 74 74 / 76 - Fax: 0536 68 74 75



# مختبر التحليلات الطبية عبد المومن

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ABDELMOUMEN

Biochimie - Hématologie - Bactériologie - Virologie - Parasitologie - Mycologie - Immunologie

Dr Asmae LAMJOUN  
Spécialiste en Biologie Clinique

الدكتورة أسماء لمجون  
أخصائية في البيولوجيا السريرية

Diplômée de l'Université de Pharmacie de MONASTIR  
Ex - Attachée aux CHU de SOUSSE et MONASTIR

Dossier créé le : 06/07/23  
Edité le : 06/07/23  
Prélèvement effectué à 09:33



Mme SLAOUI KHNATA  
Dossier : 23G52D  
Docteur EL MOSTAPHA AZIZ ALAOUI

Page : 5/5

## FACTEUR RHUMATOÏDE :

Test au latex ----- : Négatif.  
Titre----- : 22 UI/ml N < 30 UI/ml  
(néphélométrie)  
Réaction de Waaler Rose ----- : Négative.

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
ABDELMOUMEN  
Dr. Asmae LAMJOUN  
8, Rue Jakarta - Oujda  
Tél: 0536 68 74 74 / 76 - Fax: 0536 68 74 75



# مختبر التحاليل الطبية عبد المومن

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ABDELMOUMEN

Biochimie - Hématologie - Bactériologie - Virologie - Parasitologie - Mycologie - Immunologie

Dr Asmae LAMJOUN  
Spécialiste en Biologie Clinique

الدكتورة أسماء لمجون  
أخصائية في البيولوجيا السريرية

Diplômée de l'Université de Pharmacie de MONASTIR  
Ex - Attachée aux CHU de SOUSSE et MONASTIR

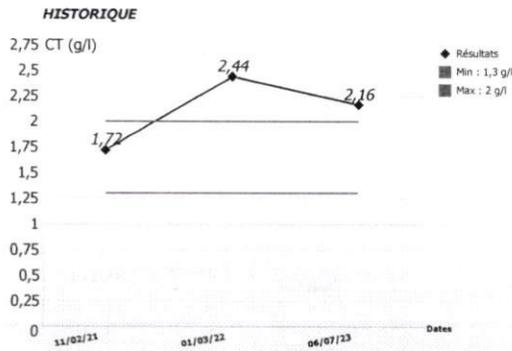
Dossier créé le : 06/07/23  
Edité le : 06/07/23  
Prélèvement effectué à 09:33



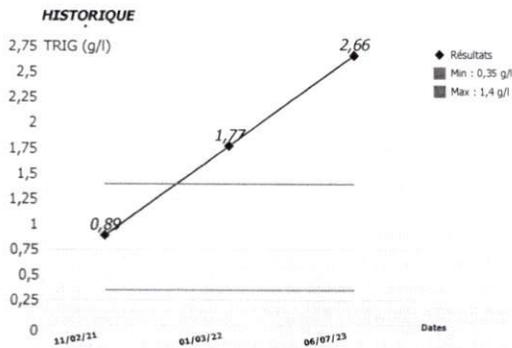
Mme SLAOUI KHNATA  
Dossier : 23G52D  
Docteur EL MOSTAPHA AZIZ ALAOUI

Page : 4/5

Cholestérol total ----- : **2,16** \* g/l 1,3 - 2 2,44  
Soit ----- : **5,57** mmol/l 3,35 - 5,15 6,29



Triglycérides ----- : **2,66** \* g/l 0,35 - 1,4 1,77  
Soit ----- : **3,04** mmol/l 0,4 - 1,6 2,02



Transaminases - SGOT (ASAT) ----- : **16** UI/l < 31 22  
- SGPT (ALAT) ----- : **20** UI/l < 34 20

27/03/21

### IMMUNO-SEROLOGIE

Protéine C réactive (CRP) ----- : **1,3** mg/l < 6 3,8  
(Turbidimétrie)

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
ABDELMOUMEN  
Dr. Asmae LAMJOUN  
8, Rue Jakarta - Oujda  
Tél: 0536 68 74 74 / 76 - Fax: 0536 68 74 75



# مختبر التحليلات الطبية عبد المومن

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ABDELMOUMEN

Biochimie - Hématologie - Bactériologie - Virologie - Parasitologie - Mycologie - Immunologie

Dr Asmae LAMJOUN  
Spécialiste en Biologie Clinique

الدكتورة أسماء لمجون  
أخصائية في البيولوجيا السريرية

Diplômée de l'Université de Pharmacie de MONASTIR  
Ex - Attachée aux CHU de SOUSSE et MONASTIR

Dossier créé le : 06/07/23  
Edité le : 06/07/23  
Prélèvement effectué à 09:33



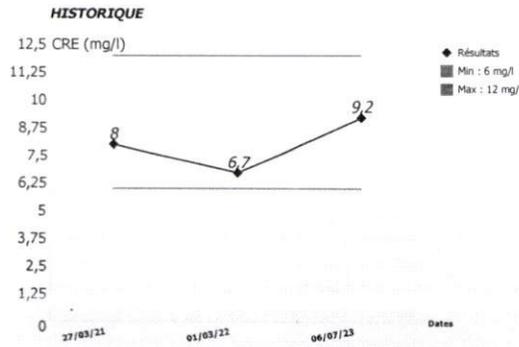
Mme SLAOUI KHNATA  
Dossier : 23G52D  
Docteur EL MOSTAPHA AZIZ ALAOU

Page : 3/5

### CLEARANCE A LA CREATININE

Selon la formule du MDRD - (Modification of the Diet in Renal Disease)

Créatinine ----- : **9,2** mg/l 6 - 12 6,7  
Soit ----- : **81**  $\mu$ mol/l 53 - 106 59



Débit de filtration glomérulaire (DFG) ----- : **65** ml/mn/1,73 m<sup>2</sup> 94

Stades MRC	Définitions (ml/mn/1,73 m <sup>2</sup> )	DFG
1	Pas d'insuffisance rénale	$\geq$ 90
2	Insuffisance rénale légère	60 - 89
3	Insuffisance rénale modérée	30 - 59
4	Insuffisance rénale sévère	15 - 29
5	Insuffisance rénale très sévère	< 15

MRC : maladie rénale chronique

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
ABDELMOUMEN  
Dr. Asmae LAMJOUN  
8, Rue Jakarta - OUDJA  
Tél: 0536 68 74 74 / 76 - Fax: 0536 68 74 75

# LABORATOIRE ABDELMOUMEN D'ANALYSES MEDICALES

Docteur Asmae LAMJOUN

INPE :083060640

ICE : 001636557000050

IF:40122309

8 RUE JAKARTA

Oujda

0536 68 74 74/76 - 0662 55 71 77

Taxe professionnelle:10837042

Oujda le 6 juillet 2023

Mme SLAOUI KHNATA

FACTURE N°	184695
------------	--------

Analyses :			
Numération formule sanguine -----	B	80	
Vitesse de sédimentation -----	B	30	
Urée -----	B	30	
Clearance à la créatinine -----	B	50	
Cholestérol total -----	B	30	
Triglycérides -----	B	50	
Transaminases -----	B	100	
Protéine C réactive -----	B	100	
Facteur rhumatoïde -----	B	100	Total : B 570
Prélèvements :			
Sang-----	Pc	1,5	
TOTAL DOSSIER		600,00 DH	

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Six Cents Dirhams

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
ABDELMOUMEN  
Dr. Asmae LAMJOUN  
8, Rue Jakarta - Oujda  
Tél: 0536 68 74 / 76 - Fax: 0536 68 74 75