

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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 à caractère personnel.

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent (e)</b>			
Matricule : <b>12.844</b>			
Société : <b>Royal air Maroc</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Actif</b> <input type="checkbox"/> <b>Pensionné(e)</b> <input type="checkbox"/> <b>Autre :</b>			
Nom & Prénom : <b>ANAGAM ADIL</b>			
Date de naissance : <b>21/12/1978</b>			
Adresse : <b>Residence océan A villa 133 Dar Bouazza</b>			
Tél. : <b>0670 09 09 96</b> Total des frais engagés : <b>3534,00 Dhs</b>			
<b>Cadre réservé au Médecin</b>			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>Docteur Omar LAHOU</b>            Spécialiste des Malades de l'appareil digestif            120, Rue Al Mouta            Tel: 0522755218            INPE: 091089946 ICE: 001576939000021         </div>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <b>31/10/2023</b>			
Nom et prénom du malade : <b>ANAGAM ADIL</b> Age: _____			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> <b>Lui-même</b> <input type="checkbox"/> <b>Conjoint</b> <input type="checkbox"/> <b>Enfant</b>			
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 :** **CA MA**      **Le :** **13 NOV. 2023**  
**Signature de l'adhérent(e) :** **CA MA**

#### **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
31/10/2023 09 NOV. 2023	U <sub>2</sub> G <sub>2</sub>	GR	400 DHP	INP : LLL Docteur Omar LAHLOU Spécialiste des Maladies de l'appareil Digestif et Chef de l'appareil Digestif Dr. Moutana Boudjellal Hôpital Bernoulli Bab Al Maghtas Al Moutana Boudjellal Hôpital Bernoulli Tel: 03 21 21 55 0000

**EXECUTION DES ORDONNANCES** Tel. 03 89 10 89 946 - 00157693900002

Cachet du Pharmacien ou du Fourmeisseur	Date	INPE : 091060040-ICE-001 Montant de la Facture
ARMACIE SIDI SAD DIT IDDER Soudad Docteur en Pharmacie 4, Amal 3 Rue 13 Sidi Benhoussein Casablanca - Tel: 0524741463 INPE : 092015346	09/11/23	1934.00

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire en Pathologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LE 21 NOVEMBRE 1981 L'AN 140 LE LABORATOIRE MEDICO-CHIRURGICAL DU HOPITAL DE BERNAY	21.11.81	B 1030	1400,50

AUXILIAIRES MEDICAUX

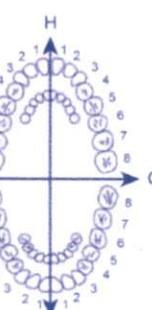
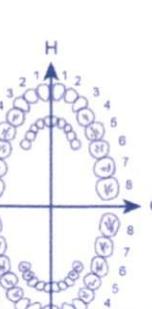
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **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 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 B 00000000 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<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"/>

LET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# DOCTEUR LAHLOU OMAR

SPECIALISTE DES MALADIES DE  
L'APPAREIL DIGESTIF

Foie, Vesicule Biliaire, Estomac  
Intestin, Hemoroides

ENDOSCOPIE - ECHOGRAPHIE  
PROCTOLOGIE

Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Toulouse - France

Ancien attaché au C.H.U de Toulouse  
Ancien Médecin des F.A.R

Membre de la Société Française  
de Gastroenterologie et d'Hépatologie



# الدكتور لحلو عمر

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي  
جراحة البواسر

الكبد - المريء - المعدة - الأمعاء - أمراض البواسر  
الفحص بالمنظار الداخلي

بالأمواج الصوتية و جراحة المخرج  
خريج كلية الطب بتولوز - فرنسا

طبيب ملحق للمركز الصحي الجامعي  
بتولوز سابقا

طبيب القوات المسلحة الملكية سابقا

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي والكبد

Casablanca, le : 08 NOV. 2022

ANAGAN ADIL



289,00 X 6  
\* Tel 300  
1434,00 / ; X 6 mois

PHARMACIE EN SAID  
IDDER Souad  
L'Orfèvre en Pharmacie  
L'Orfèvre en Pharmacie  
34 Adil 3 Rue 15 Sidi Bernoussi  
Casablanca 17000  
INPE: 062015346  
IMP: 062015346

INPE: 091089946 - CCE: 001576939000021  
Tél: 05.22.75.52.18  
120, Rue Al Moutana Bnou Harita, Amal 1 - Bernoussi  
Spécialiste des Maladies de l'appareil  
Digestif et Chirurgie de l'anus  
DOcteur Omar LAHLOU

120، زنقة المثنى بن حارثة، أمل 1 البرنوسي (أمام ثانوية المختار السوسي) - الهاتف : 06 60 50 22 28 ● 05.22.75.52.18

120, Rue Al Moutana Bnou Harita, Amal 1 - Bernoussi (en face du L. Mokhtar Soussi) - Tél.: 05.22.75.52.18 ● 06 60 50 22 28  
الحياة الوازيس : 29، روسناد الوازيس - الدار البيضاء - الهاتف : (+212)05.22.254.613 - الفاكس : (+212)05.22.254.613  
Alhayat Oasis : 29, Rue Rostand, Quartier Oasis - Casablanca - Tél.: (+212)05.22.999.444 (lignes groupées) - Fax: (+212)05.22.254.613  
E-mail : docteurlahlouomar@gmail.com

attendu de la protection contre l'infection par le VIH est supérieur au risque de survenue d'effets indésirables.

**N'alliez pas pendant le traitement par TEOFIVIR Pharma 5.** En effet, la substance active de ce médicament passe dans le lait maternel humain.

D'une manière générale, les femmes infectées par le VIH ou le VHB ne devraient pas allaiter leur enfant afin d'éviter la transmission du virus au nouveau-né via le lait.

#### **Conduite de véhicules et utilisation de machines**

TEFOVIR Pharma 5 peut provoquer des vertiges. Si vous avez des vertiges pendant votre traitement par TEOFIVIR Pharma 5, **il est déconseillé de faire ou de faire du vélo et d'utiliser certains outils ou machines.**

TEFOVIR Pharma 5 contient du lactose

**Obligez à votre médecin, avant de prendre TEOFIVIR Pharma 5, si vous ne tolérez pas le lactose ou si vous avez une intolérance à certains**

#### **Comment prendre TEOFIVIR Pharma 5 ?**

**Obligez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les indications de votre médecin ou pharmacien.** Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.

**dose recommandée est de :**

**Adultes :** 1 comprimé par jour avec de la nourriture (par exemple un repas ou une collation).

**Adolescents âgés de 12 à moins de 18 ans qui pèsent au moins 35 kg :** 1 comprimé par jour avec de la nourriture (par exemple un repas ou une collation).

Si vous avez des difficultés particulières à avaler, vous pouvez écraser le comprimé au moyen d'une cuillère. Mélangez alors la poudre avec environ 1 ml (un demi-verre) d'eau, de jus d'orange ou de jus de raisin, et buvez immédiatement.

**Obligez toujours la dose indiquée par votre médecin** afin de garantir une efficacité de votre médicament et de réduire le risque de développement d'une résistance au traitement. Ne modifiez pas la dose que votre médecin ne vous ait dit de le faire.

**Vous êtes un(e) adulte et que vous avez des problèmes de rein,** votre médecin peut vous conseiller de prendre TEOFIVIR Pharma 5 moins souvent.

**Si vous êtes infecté(e) par le VHB, votre médecin pourra vous proposer de faire un test de dépistage du VIH afin de déterminer si vous êtes infecté(e) par le VHB et le VIH.**

**Obligez à lire les notices de ces autres antirétroviraux afin de savoir comment prendre ces médicaments.**

**Obligez à ne pas prendre plus de TEOFIVIR Pharma 5 que vous n'auriez dû.**

**Obligez à ne pas prendre accidentellement trop de comprimés de TEOFIVIR Pharma 5,** le risque que vous connaissiez des effets indésirables événuels de ce médicament pourrait être accru (voir rubrique 4, *Effets indésirables événuels*). Contactez votre médecin ou le plus proche service d'urgences pour demander conseil. Conservez la boîte des comprimés pour pouvoir décrire facilement ce que vous avez pris.

**Si vous oubliez de prendre TEOFIVIR Pharma 5**

**Il est important de ne pas oublier de dose de TEOFIVIR Pharma 5.** Si vous

d'acidose lactique :

- respiration profonde et rapide
- somnolence
- envie de vomir (nausées), vomissements et douleur dans le ventre

→ Si vous pensez que vous avez une **acidose lactique**, contactez votre **médecin immédiatement.**

#### **Autres effets indésirables graves événuels**

Les effets indésirables suivants sont **peu fréquents** (peuvent affecter jusqu'à 1 patient sur 100) :

- **douleur dans le ventre** (abdomen) due à une inflammation du pancréas
- lésions au niveau des cellules tubulaires rénales

Les effets indésirables suivants sont **rares** (peuvent affecter jusqu'à 1 patient sur 1 000) :

- inflammation rénale, **urines très abondantes et sensation de soif**
- **modifications de votre urine et douleurs dorsales** dus à des problèmes rénaux, y compris insuffisance rénale
- fragilisation osseuse (accompagnée de **douleurs osseuses** et conduisant parfois à des fractures), pouvant survenir en raison de lésions au niveau des cellules tubulaires rénales
- **stéatose hépatique** (surcharge graisseuse du foie)

→ Si vous pensez que vous pourriez présenter certains de ces effets indésirables graves, informez-en votre **médecin.**

#### **Effets indésirables les plus fréquents**

Les effets indésirables suivants sont **très fréquents** (peuvent affecter au moins 10 patients sur 100) :

- diarrhées, vomissements, envie de vomir (nausées), vertiges, éruption cutanée, sensation d'affaiblissement

**Des analyses peuvent également montrer :**

- diminution du taux de phosphate dans le sang

#### **Autres effets indésirables événuels**

Les effets indésirables suivants sont **fréquents** (peuvent affecter jusqu'à 10 patients sur 100) :

- maux de tête, douleur dans le ventre, **sensation de fatigue, sensation de ballonnement, flatulence**

**Des analyses peuvent également montrer :**

• **augmentation de la fragilité osseuse (accompagnée de douleurs osseuses et conduisant parfois à des fractures), les douleurs musculaires, la faiblesse musculaire et la diminution du taux de potassium ou de phosphate dans le sang peuvent se produire en raison de lésions au niveau des cellules tubulaires rénales.**

Les effets indésirables suivants sont **rares** (peuvent affecter jusqu'à 1 patient sur 1 000) :

- **douleur dans le ventre (abdomen) due à une inflammation du foie**
- **modifications de votre urine et douleurs dorsales** dus à des problèmes rénaux, y compris insuffisance rénale



ts (peuvent affecter

1 esse musculaire



attendu de la protection contre l'infection par le VIH est supérieur au risque de survenue d'effets indésirables.

**N'alliez pas pendant le traitement par TEOFIVIR Pharma 5.** En effet, la substance active de ce médicament passe dans le lait maternel humain.

D'une manière générale, les femmes infectées par le VIH ou le VHB ne devraient pas allaiter leur enfant afin d'éviter la transmission du virus au nouveau-né via le lait.

#### **Conduite de véhicules et utilisation de machines**

TEFOVIR Pharma 5 peut provoquer des vertiges. Si vous avez des vertiges pendant votre traitement par TEOFIVIR Pharma 5, **il est déconseillé de faire ou de faire du vélo et d'utiliser certains outils ou machines.**

TEFOVIR Pharma 5 contient du lactose

**Obligez à votre médecin, avant de prendre TEOFIVIR Pharma 5, si vous ne tolérez pas le lactose ou si vous avez une intolérance à certains**

#### **Comment prendre TEOFIVIR Pharma 5 ?**

**Obligez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les indications de votre médecin ou pharmacien.** Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.

**dose recommandée est de :**

**Adultes :** 1 comprimé par jour avec de la nourriture (par exemple un repas ou une collation).

**Adolescents âgés de 12 à moins de 18 ans qui pèsent au moins 35 kg :** 1 comprimé par jour avec de la nourriture (par exemple un repas ou une collation).

Si vous avez des difficultés particulières à avaler, vous pouvez écraser le comprimé au moyen d'une cuillère. Mélangez alors la poudre avec environ 1 ml (un demi-verre) d'eau, de jus d'orange ou de jus de raisin, et buvez immédiatement.

**Obligez toujours la dose indiquée par votre médecin** afin de garantir une efficacité de votre médicament et de réduire le risque de développement d'une résistance au traitement. Ne modifiez pas la dose que votre médecin ne vous ait dit de le faire.

**Vous êtes un(e) adulte et que vous avez des problèmes de rein,** votre médecin peut vous conseiller de prendre TEOFIVIR Pharma 5 moins souvent.

**Si vous êtes infecté(e) par le VHB, votre médecin pourra vous proposer de faire un test de dépistage du VIH afin de déterminer si vous êtes infecté(e) par le VHB et le VIH.**

**Obligez à lire les notices de ces autres antirétroviraux afin de savoir comment prendre ces médicaments.**

**Obligez à ne pas prendre plus de TEOFIVIR Pharma 5 que vous n'auriez dû.**

**Obligez à ne pas prendre accidentellement trop de comprimés de TEOFIVIR Pharma 5,** le risque que vous connaissiez des effets indésirables événuels de ce médicament pourrait être accru (voir rubrique 4, *Effets indésirables événuels*). Contactez votre médecin ou le plus proche service d'urgences pour demander conseil. Conservez la boîte des comprimés pour pouvoir décrire facilement ce que vous avez pris.

**Si vous oubliez de prendre TEOFIVIR Pharma 5**

**Il est important de ne pas oublier de dose de TEOFIVIR Pharma 5.** Si vous

d'acidose lactique :

- respiration profonde et rapide
- somnolence
- envie de vomir (nausées), vomissements et douleur dans le ventre

→ Si vous pensez que vous avez une **acidose lactique, contactez votre médecin immédiatement.**

#### **Autres effets indésirables graves événuels**

Les effets indésirables suivants sont **peu fréquents** (peuvent affecter jusqu'à 1 patient sur 100) :

- **douleur dans le ventre** (abdomen) due à une inflammation du pancréas
- lésions au niveau des cellules tubulaires rénales

Les effets indésirables suivants sont **rares** (peuvent affecter jusqu'à 1 patient sur 1 000) :

- inflammation rénale, **urines très abondantes et sensation de soif**
- **modifications de votre urine et douleurs dorsales** dus à des problèmes rénaux, y compris insuffisance rénale
- fragilisation osseuse (accompagnée de **douleurs osseuses** et conduisant parfois à des fractures), pouvant survenir en raison de lésions au niveau des cellules tubulaires rénales
- **stéatose hépatique** (surcharge graisseuse du foie)

→ Si vous pensez que vous pourriez présenter certains de ces effets indésirables graves, informez-en votre médecin.

#### **Effets indésirables les plus fréquents**

Les effets indésirables suivants sont **très fréquents** (peuvent affecter au moins 10 patients sur 100) :

- diarrhées, vomissements, envie de vomir (nausées), vertiges, éruption cutanée, sensation d'affaiblissement

**Des analyses peuvent également montrer :**

- diminution du taux de phosphate dans le sang

#### **Autres effets indésirables événuels**

Les effets indésirables suivants sont **fréquents** (peuvent affecter jusqu'à 10 patients sur 100) :

- maux de tête, douleur dans le ventre, **sensation de fatigue, sensation de ballonnement, flatulence**

**Des analyses peuvent également montrer :**

Effets indésirables événuels  
Tefovir® Pharma 5 300 mg  
30 comprimés pelliculés  
Barcode : 6 118000 096078  
ts (peuvent affecter)  
esse musculaire  
magilisation osseuse (accompagnée de douleurs et conduisant parfois à des fractures), les douleurs musculaires, la faiblesse musculaire et la diminution du taux de potassium ou de phosphate dans le sang peuvent se produire en raison de lésions au niveau des cellules tubulaires rénales.

Les effets indésirables suivants sont **rares** (peuvent affecter jusqu'à 1 patient sur 1 000) :

- douleur dans le ventre (abdomen) due à une inflammation du foie







# DOCTEUR LAHLOU OMAR

SPECIALISTE DES MALADIES DE  
L'APPAREIL DIGESTIF

Foie, Vesicule Biliaire, Estomac  
Intestin, Hemorroïdes

ENDOSCOPIE - ECHOGRAPHIE  
PROCTOLOGIE

Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Toulouse - France  
Ancien attaché au C.H.U de Toulouse  
Ancien Médecin des F.A.R  
Membre de la Société Française  
de Gastroenterologie et d'Hépatologie



## الدكتور لhalou عمر

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي  
و جراحة البواسر

الكبد - المريء - المعدة - الأمعاء - أمراض البواسر

الفحص بالمنظار الداخلي بالأمواج الصوتية  
و جراحة المخوج

خريج كلية الطب بتولوز - فرنسا

طبيب ملحق للمركز الصحي الجامعي بتولوز سابقا

طبيب القوات المسلحة الملكية سابقا

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي والكبد

Casablanca, le : 31 OCT. 2023

## Bilan Biologique

Nom / Prenom : ANA GAN Aiel

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> GROUPAGE RHESUS                  | <input type="checkbox"/> HVA                                | <input type="checkbox"/> CPK                       | <input type="checkbox"/> TSH   |
| <input type="checkbox"/> NFS                              | <input type="checkbox"/> HVC                                | <input type="checkbox"/> CPK MB                    | <input type="checkbox"/> T3  |
| <input checked="" type="checkbox"/> TP TCA                | <input type="checkbox"/> HVE                                | <input type="checkbox"/> LIPASEMIE                 | <input type="checkbox"/> T4  |
| <input type="checkbox"/> FIBINOGENE                       | <input type="checkbox"/> HVD                                | <input type="checkbox"/> AMYLASEMIE                | <input type="checkbox"/> AC ANTITHYROPEROXIDASE                      |
| <input type="checkbox"/> VS                               | <input type="checkbox"/> Ag HBS                             | <input type="checkbox"/> CA 19.9                   | <input type="checkbox"/> LATEX WALER ROSE                            |
| <input type="checkbox"/> CRP                              | <input type="checkbox"/> AC HBC                             | <input type="checkbox"/> ACE                       | <input type="checkbox"/> FACTEUR RHUMATOIDE                          |
| <input type="checkbox"/> PRO CALCITONINE                  | <input type="checkbox"/> Ag HBE                             | <input type="checkbox"/> AFP                       | <input type="checkbox"/> AC ANTI NUCLEAIRE                           |
| <input type="checkbox"/> FERRETINEMIE                     | <input type="checkbox"/> AC HBE                             | <input type="checkbox"/> CA125                     | <input type="checkbox"/> AC ANTI MUSLE LISSE                         |
| <input type="checkbox"/> FER SERIQUE                      | <input checked="" type="checkbox"/> AC HBS                  | <input type="checkbox"/> CA154                     | <input type="checkbox"/> AC ANTI KLM                                 |
| <input type="checkbox"/> CTF                              | <input type="checkbox"/> PCR QUANTITATIVE DE HVC            | <input type="checkbox"/> CHOLESTEROLE TOTALE       | <input type="checkbox"/> AC ANTI MITOCHONDRIE                        |
| <input type="checkbox"/> GLYCEMIE A JEUN                  | <input checked="" type="checkbox"/> PCR QUANTITATIVE DE HBV | <input type="checkbox"/> HDL                       | <input type="checkbox"/> EXAMEN PARASITO ET COPROCUltURES            |
| <input type="checkbox"/> HEMOGLOBINE GLYQUEE              | <input type="checkbox"/> DOSAGE QUANTITATIVE DE L'Ag HBS    | <input type="checkbox"/> LDL                       | <input type="checkbox"/> DES SELLES (EXAMENS A 3 JOURS D'INTERVALES) |
| <input type="checkbox"/> HGPO                             | <input type="checkbox"/> FIBROTEST ACTITEST                 | <input type="checkbox"/> TRIGLYCERIDES             | <input type="checkbox"/> KOP   |
| <input type="checkbox"/> UREE                             | <input type="checkbox"/> FIBROSCANE                         | <input type="checkbox"/> ACIDE URIQUE              | <input type="checkbox"/> CALPROTECTINE FECALE                        |
| <input type="checkbox"/> CREATININE                       | <input type="checkbox"/> FACTEUR V                          | <input type="checkbox"/> SEROLOGIE WIDALE          | <input type="checkbox"/> TEST HEMOCULT                               |
| <input type="checkbox"/> CLAIRANCE A LA CREATININE        | <input type="checkbox"/> DOSAGE DE LA VIT B12               | <input type="checkbox"/> SEROLOGIE HYDATIDOSE      | <input type="checkbox"/> FIBROMAX                                    |
| <input type="checkbox"/> PROTENURIE DE 24H                | <input type="checkbox"/> DOSAGE DE LA VIT D                 | <input type="checkbox"/> TEST RESPIRATOIRE HP      | <input type="checkbox"/> AC ANTITRANSGLUTAMASE                       |
| <input type="checkbox"/> MICRO ALBUMINURIE DE 24H         | <input type="checkbox"/> ACIDE FOLIQUE                      | <input type="checkbox"/> SEROLOGIE HP              | <input type="checkbox"/> AC ANTIGLIADIDES                            |
| <input type="checkbox"/> ECBU                             | <input type="checkbox"/> IONOGRAMME COMPLET                 | <input type="checkbox"/> TPHA                      | <input type="checkbox"/> AC ANTI ENDOMYSIUM                          |
| <input checked="" type="checkbox"/> TRANSAMINASES TGO TGP | <input type="checkbox"/> CALCÉMIE                           | <input type="checkbox"/> VDRL                      | <input type="checkbox"/> AC ANTI CELLULE PARIETALE                   |
| <input type="checkbox"/> GAMMA GT                         | <input type="checkbox"/> HP DANS LES SELLES                 | <input type="checkbox"/> HIV                       | <input type="checkbox"/> AC ANTI SLA                                 |
| <input type="checkbox"/> PHOSPHATASE ALCALINE             | <input type="checkbox"/> PSA                                | <input type="checkbox"/> SEROLOGIE HERPETIQUE      | <input type="checkbox"/> HLA B27                                     |
| <input type="checkbox"/> LDH                              | <input type="checkbox"/> PROTIDEMIE                         | <input type="checkbox"/> MONO NUCLIOSE INFECTIEUSE | <input type="checkbox"/> SEROLOGIE COVID 19                          |
| <input type="checkbox"/> BILIRUBINE TOTALE                | <input type="checkbox"/> PHOSPHOREMIE                       | <input type="checkbox"/> DOSAGE CMV                | <input type="checkbox"/> PCR COVID 19                                |
| <input type="checkbox"/> D - DIMERE                       | <input type="checkbox"/> MAGNESEMIE                         | <input type="checkbox"/> QUANTIFERAN               | <input type="checkbox"/> Génotype HVC                                |
| <input type="checkbox"/> BILIRUBINE CONJUGUEE             | <input type="checkbox"/> IOGRAMME URINAIRE                  | <input type="checkbox"/> PCR DE LA TUBERCULOSE     | <input type="checkbox"/> Gastrenemie                                 |
| <input type="checkbox"/> BILIRUBINE LIBRE                 | <input type="checkbox"/> TROPONIMIE                         |  | <input type="checkbox"/> Cortisonemvie                               |

Docteur Omar LAHLOU  
Spécialiste des Maladies de l'appareil  
Digestif et Courant - Tel: 0522.755218 -  
Rue Al Moutana Bnou Harita, Amal 1 - Bernoussi  
Casablanca - Tel: 0522.999.444 - I.C.E.: 00157693900021

120 ، زنقة المثنى بن حارثة. أمل 1 البرنوصي (أمام ثانوية المحطة السوسية) - الهاتف : 05.22.75.52.18

120, Rue Al Moutana Bnou Harita, Amal 1 - Bernoussi (en face du L. Mokhtar-Soussi) - Tél.: 05.22.75.52.18

الحياة الوازيس : 29، روتاند الوازيس - الدار البيضاء - الهاتف : (+212)05.22.254.613 - الفاكس : (+212)05.22.254.613  
Alhayat Oasis : 29, Rue Rostand, Quartier Oasis - Casablanca - Tél.: (+212)05.22.999.444 (lignes groupées) - Fax: (+212)05.22.254.613

E-mail : docteurlahlouomar@gmail.com

# Laboratoire BORJ EL BERNOUSSI d'Analyses Médicales

DOCTEUR Abdeladim TAKI IMRANI : Pharmacien Biologiste, Diplômé de l'Université libre de Bruxelles  
BACTERIOLOGIE - BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE -  
PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE - VIROLOGIE  
612, Bd Souhaib Aroumi - Sidi EL Bernoussi - Casablanca - Tél : 0522 73 32 49 - Fax : 0522 75 79 84  
ICE : 001626088000055 - R.C. CASA : 360178 - PATENTE : 316384432 - C.N.S.S : 2928309  
I.Fiscal : 36000150 - INPE : 093000545

**FACTURE N° : 230007876**

INPE :



093000545

CASABLANCA le 01-11-2023

Mr ANAGAM Adil

## Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E20	E
	Hépatite B: Anticorps anti-HBs	B250	B
	Transaminases (ASAT=GOT)	B50	B
	Transaminases (ALAT=GPT)	B50	B
	Temps de Céphaline Activée (TCA)	B40	B
	Taux de Prothrombine (TP non traité)	B40	B
	Quantification de l'ADN DU VHB	B600	B

Total des B : 1030

TOTAL DOSSIER : 1400.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille quatre cents dirham .

TEL : 0522 73 32 49 - 0522 75 79 84  
SIDI / BERNOUSSI - CASABLANCA  
ACCUEIL, ETUDES, EXTRAIT DE CARTE  
L'ANALYTIQUE BORJ EL BERNOUSSI

Docteur A. TAKI IMRANI - Pharmacien Biogiste -  
Bactérologie - Biologie Moléculaire - Biochimie - Hématologie



Certificat MA19/819942506

- Diplomé de l'Université Libre de Bruxelles -  
Immunologie - Parasitologie - Mycologie - Virologie

**Date du prélèvement :** 01-11-2023 à 07:57  
**Code patient :** 2311010005  
**Né(e) le :** 21-12-1978 (44 ans)  
**Édité le :** 01-11-2023



**Mr ANAGAM Adil**  
**Dossier N° :** 2311010005  
**Prescripteur :** Dr LAHLOU Omar

## HEMOSTASE

**Temps de Quick Patient** 11.8 sec.

**Taux de Prothrombine** 94 % (70-100)  
 (Technique chronométrique. Sysmex CA-560)

### TEMPS DE CEPHALINE ACTIVEE

**TCK Temps patient** 27.0 sec. (26.0-40.0)  
 (Technique chronométrique. Sysmex CA-560)

**TCK Temps témoin** 29.0 sec.

## BIOCHIMIE SANGUINE

COBAS C311(ROCHE)/KONELAB 20(THERMO)/HLC-723 GX (Tosoh)

### TRANSAMINASES

**Transaminases GOT (ASAT)** 19 UI/L (0-40)  
 (Technique cinétique (IFCC))

**Transaminases GPT (ALAT)** 18 UI/L (0-40)  
 (Technique cinétique (IFCC))

Validé par : Dr Abdeladim TAKI IMRANI



Docteur A. TAKI IMRANI - Pharmacien Biologiste -  
Bactérologie - Biologie Moléculaire - Biochimie - Hématologie



Certificat MA19/819942506

- Diplomé de l'Université Libre de Bruxelles -  
Immunologie - Parasitologie - Mycologie - Virologie

2311010005 – Mr Adil ANAGAM

## SEROLOGIE INFECTIEUSE

### Sérologie de l'Hépatite B (Anticorps Anti-HBS)

Tech.Electrochimiluminescence – Roche Cobas e411

**Indice** <2.00 UI/l

**Résultat** Patient non protégé. Une vaccination est conseillée si l'Aghbs est NEGATIF.

Taux protecteur : > 10 UI/l

## VIROLOGIE MOLECULAIRE

### RECHERCHE ET QUANTIFICATION DE L'ADN de l'hépatite B (GeneXpert)

Domaine de quantification : 10 – 1000000000 UI/mL (1–9 log)

**Résultat** 3 950 UI/ml

**Soit** 3.60 log

**Conclusion** Présence d'ADN du virus de l'Hépatite B

Validé par : Dr Abdeladim TAKI IMRANI

