

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



**Déclaration de Maladie**

**M23- N° 0038412**

- 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.
  - les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur
- 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 une fois par an.

**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

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : ..... *108* ..... Société : ..... *199169* .....

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

Nom & Prénom : ..... *KROUM AHMED* .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

PP4FR05/V2/20-10-2023

**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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 **M23- N° 0038412**

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 : .....

### 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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

0038415

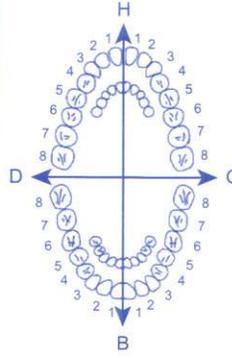
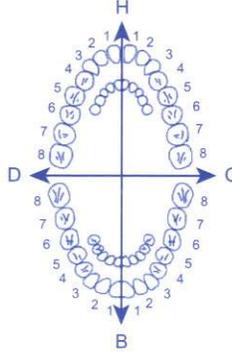
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### 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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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

# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- C** = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien  
**CS** = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)  
**CNPSY** = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre  
**V** = Visite de jour au domicile du malade par le médecin  
**VN** = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin  
**VD** = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade  
**VC** = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié  
**PD** = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie  
**K** = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF** = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence  
**SFI** = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme  
**AMM** = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute  
**AMI** = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière  
**AP** = Actes pratiqués par un orthophoniste  
**AMY** = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste  
**R-Z** = Electro -Radiologie  
**B** = Analyses

## POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord au de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances . ou actes globaux comportant un ou plusieurs échelonnées dans le temps .
- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



# MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 28 57 / 28 83  
FAX / 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

### FEUILLE DE SOINS

N° 817405

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : KERROUM AHMED  
Matricule : 1086 Fonction RETRAITÉ Poste :  
Adresse : 7 ARRAKECH  
Tél. 0615918547 Signature Adhérent :

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : KERROUM Ahmed Age 01 01 48  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant   
Date de la première visite du médecin :  
Nature de la maladie : Low Back Pain  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances  
A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Signature et cachet du médecin  
  
Durée d'utilisation 3 mois

### VOLET ADHERENT

DECLARATION N° 817405  
Matricule N° : 1086  
Nom du patient : KERROUM Ahmed  
Date de dépôt :  
Montant engagé 1757,70 DH  
Nombre de pièces jointes :



### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
10 JAN. 2024	CIS		850 DH	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/01/24	207.70

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	10 JAN. 2024	Rx	300 DH
	16/01/24	B 1000	1000 DH

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

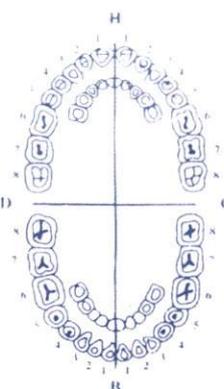
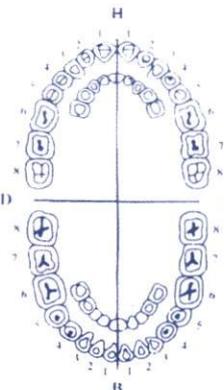
### VOLET ADHERENT

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

### SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer 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	COEFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANT DES SOINS	DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION																		
				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANT DES SOINS	DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION																		
	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>B</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H		25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411	B	11433553	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		H																							
	25533412		21433552																						
	00000000		00000000																						
	D		G																						
	00000000		00000000																						
	35533411	B	11433553																						
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PROFESSEUR  
KOULALI IDRISSEI Khalid

Spécialiste en chirurgie  
Orthopédique et Traumatologique

Ex Chef du service de Traumato-orthopédie  
à l'hôpital militaire Avicennes de Marrakech.  
Ex Professeur de l'enseignement supérieur  
à la faculté de médecine de Marrakech.



بروفيسور  
كلالتي ادريسي خالد

تصامني في جراحة العظام والمفاصل

المصاحبة جراحة العظام والمفاصل  
المستشفى العسكري ابن سينا بمراكش

استاذ التعليم العالي

سابقا بكلية الطب بمراكش

Le 10/01/2024

Nom & prénom: Mr ahmed kerroum

ORDONNANCE MEDICALE

46,00  
1 • EUZOL 20 MG, Gelule

- 1 gel par jour pendant 7 jour(s)

86,40  
2 • dolicox 90mg

- 1 cp par jour pendant 7 jour(s)

20,20  
3 • CODOLIPRANE 400 MG / 20 MG, Comprimé

- 1 cp trois fois par jour pendant 10 jour(s)

53,70  
4 • RELAXOL 500 mg /2mg, Comprimé

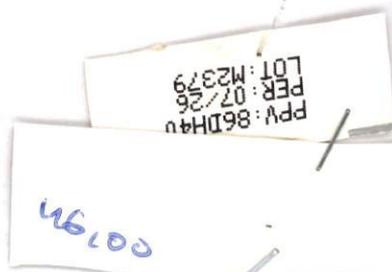
- 2 cp le soir pendant 7 jour(s)

د. خالد كلالتي ادريسي  
Pr. Koulali Idrissi Khalid  
chirurgien orthopédiste traumatologue  
INP: 091037226

Pharmacie ALINARA  
May Al Inara N° 367  
Marrakech  
Tél: 05 24 37 55 81

Immeuble centre d'affaires Victor Hugo. 2ème étage, N°11 Avenue You  
GUELIZ-Marrakech-(A côté du lycée Victor hugo)-Tél: 05.24.43.27.26 -

عمارة فيكتور هيغو. الثاني. الرقم 11. شارع يوسف بن تاشفين. كليز. مراكش (قرب ثانوية فيكتور هيغو)



PROFESSEUR  
KOUALALI IDRISSE Khalid

Spécialiste en chirurgie  
Orthopédique et Traumatologique

Ex Chef du service de Traumato-orthopédie  
à l'hôpital militaire Avicennes de Marrakech.  
Ex Professeur de l'enseignement supérieur  
à la faculté de médecine de Marrakech.



بروفسور  
كلاللي إدريسي خالد

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

رئيس مصلحة جراحة العظام والمفاصل  
سابقاً بالمستشفى العسكري ابن سينا بمراكش

استاذ التقييم الصحي

سابقاً بكلية الطب بمراكش

Le 10/01/2024

Nom & prénom: ahmed kerroum

compte rendu radiologique

**examen réalisé:**

radiographie du rachis lombaire .incidence de face et de profil.

**résultats:**

diminution de la densité osseuse..

absence de lesion condensante ou lytique.

raideur rachidienne.

arthrose lombaire L4 L5.

د. خالد كلاللي إدريسي  
Pr. Koulali idrissi Khalid  
chirurgien orthopédiste traumatologue  
INPE: 091037226

Immeuble centre d'affaires Victor Hugo. 2ème étage, N°11 Avenue Youssef ben Tachefine.  
GUELIZ-Marrakech- (A côté du lycée Victor hugo)- Tél: 05.24.43.27.26 - ☎ : 06.13.51.67.93

عمارة فيكتور هيكو. الطابق الثاني. الرقم 11. شارع يوسف بن تاشفين. كليز. مراكش (قرب ثانوية فيكتور هيكو)

\* GLYCOHEMOGLOBIN REPORT \*

2024/01/16 09:00

TOSOH CORPORATION V01.24

NO: 0005 TB 0001 - 05

ID: 3160124026

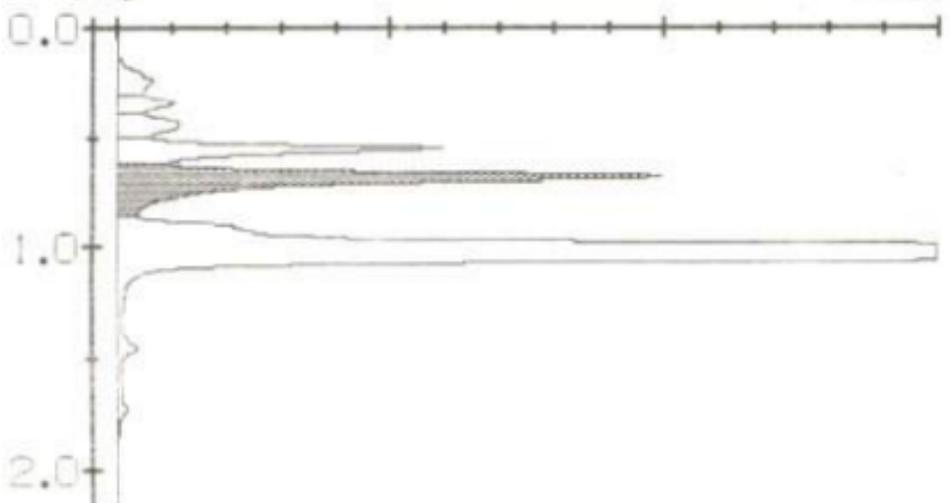
CAL(N) = 1.2044X + 0.3277

TP 988

NAME	%	TIME	AREA
FP	0.0	0.00	0.00
A1A	0.8	0.25	7.31
A1B	0.7	0.35	6.58
F	1.1	0.43	10.93
LA1C+	3.6	0.55	34.71
SA1C	10.0	0.68	76.99
A0	85.7	1.02	820.98
TOTAL AREA			957.49

**HbA1c 10.0%**

HbA1 11.5 % HbF 1.1 %  
0% 15%



PROFESSEUR  
KOULALI IDRISSE Khalid

Spécialiste en chirurgie  
Orthopédique et Traumatologique

Ex Chef du service de Traumato-orthopédie  
à l'hôpital militaire Avicennes de Marrakech.

Ex Professeur de l'enseignement supérieur  
à la faculté de médecine de Marrakech.



بروفيسور  
كلالتي إدريسي خالد

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

رئيس مصلحة جراحة العظام والمفاصل  
سابقا بالمستشفى العسكري ابن سينا بمراكش

استاذ التعليم العالي

سابقا بكلية الطب بمراكش

## NOTE D'HONORAIRE

NOM ET PRENOM :ahmed kerroum

DATE : 10/01/2024

QUANTITE	DESCRIPTION	PRIX UNITAIRE	TOTAL
1	CONSULTATION	250DH	250DH
1	RADIOGRAPHIE (lombaire f+p)	300DH	300DH
			550dh

د. خالد كلالتي إدريسي  
Pr. Koulali Idrissi Khalid  
chirurgien orthopédiste traumatologue  
INPE: 09.037226

Immeuble centre d'affaires Victor Hugo. 2ème étage, N°11 Avenue Youssef ben Tachefine.  
GUELIZ-Marrakech-(A côté du lycée Victor hugo)-Tél: 05.24.43.27.26 - 📞 : 06.13.51.67.93

عمارة فيكتور هيكو. الطابق الثاني. الرقم 11. شارع يوسف بن تاشفين. كليز. مراكش (قرب ثانوية فيكتور هيكو)

PROFESSEUR  
KOULALI IDRISSEI Khalid

Spécialiste en chirurgie  
Orthopédique et Traumatologique

Ex Chef du service de Traumato-orthopédie  
à l'hôpital militaire Avicennes de Marrakech.  
Ex Professeur de l'enseignement supérieur  
à la faculté de médecine de Marrakech.



بروفيسور  
كلالي ادريسي خالد

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

رئيس مصلحة جراحة العظام والمفاصل  
سابقا بالمستشفى العسكري ابن سينا بمراكش

استاذ التعليم العالي

سابقا بكلية الطب بمراكش

Le 10/01/2024

Nom & prénom: ahmed kerroum

### consultation de reeducation fonctionnelle

lombosciatalgies aiguës.

reeducation fonctionnelle lombaire avec analgesie, renforcement musculaire des paravertebraux et des abdominaux.

exercices d'etirements et d'assouplissements

hygiene de vie.

10 seances a raison de 3 seances par semaine et merci

د. خالد كلالي ادريسي  
Pr. Koulali idrissi Khalid  
chirurgien orthopédiste traumatologue  
INPE: 091037226

Immeuble centre d'affaires Victor Hugo. 2ème étage, N°11 Avenue Youssef ben Tachefine.  
GUELIZ-Marrakech- (A côté du lycée Victor hugo)-Tél: 05.24.43.27.26 - 📞 : 06.13.51.67.93

عمارة فيكتور هيكو. الطابق الثاني. الرقم 11. شارع يوسف بن تاشفين. كليز. مراكش (قرب ثانوية فيكتور هيكو)

PROFESSEUR  
KOULALI IDRISSE Khálid

Spécialiste en chirurgie  
Orthopédique et Traumatologique

Ex Chef du service de Traumatologie-orthopédie  
à l'hôpital militaire Avicennes de Marrakech.  
Ex Professeur de l'enseignement supérieur  
à la faculté de médecine de Marrakech.



بروفيسور  
كلالتي إدريسي خالد

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

رئيس مصلحة جراحة العظام والمفاصل  
سابقا بالمستشفى العسكري ابن سينا بمراكش

استاذ التعليم العالي

سابقا بكلية الطب بمراكش

Le 10/01/2024

Nom & prénom: Mr ahmed kerroum

Bilan Biologique

Prière de faire les explorations biologiques suivantes à Mr ahmed kerroum :

- Prostate Specific Antigen (PSA Totale)
- Glucose sanguin
- hemoglobine glycosylee
- Acide urique (Uricémie)
- Créatinine sanguin
- Vitamine D
- C- Réactive Proteine
- Vitesse de sédimentation

LABORATOIRE VICTOR HUGO  
ANALYSES MÉDICALES  
DR. RABTI  
IMM STAVIROULA, N°10 AV CHEIKH RABHI  
GUELIZ, MARRAKECH  
TEL: 0603574871

د. خالد كلالتي إدريسي  
Pr. Koulali idrissi Khalid  
chirurgien orthopédiste traumatologue  
INPE: 091037226

Immeuble centre d'affaires Victor Hugo. 2ème étage, N°11 Avenue Youssef ben Tachefine.  
GUELIZ-Marrakech- (A côté du lycée Victor hugo)-Tél: 05.24.43.27.26 - 📞 : 06.13.51.67.93

عمارة فيكتور هيكو. الطابق الثاني. الرقم 11. شارع يوسف بن تاشفين. كليز. مراكش (قرب ثانوية فيكتور هيكو)

**, DR. RABI ADIL**Adresse : Imm Stavroula , N10 ,1<sup>er</sup> étage , AV CHEIKH Rabhi ,route du 4<sup>ème</sup> DMM, Guéliz, Marrakech

Tél : 08 08 57 48 71

Mail : [labo.victorhugo.marrakech@gmail.com](mailto:labo.victorhugo.marrakech@gmail.com)**Facture**

N° facture 24-0506

Marrakech, le 16/01/2024

Date de prélèvement 16/01/2024

Mr KERROUM Ahmed

Prescrit par Docteur : KOULALI IDRISSE KHALID

Code Acte	Designation Acte	Cotation
VS	VITESSE DE SEDIMENTATION	30
HBA1C	Hémoglobine glyquée	80
GLY	Glycémie à jeun	30
CREA	Créatinine	30
AU	Acide Urique	30
CRP	CRP (Protéine C Réactive)	100
PSA	PSA totale	300
VITD	25-OH Vitamine D (D2 + D3)	400

<b>Total B</b>	1000
<b>Total en dirhams</b>	1 000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

**Mille dirhams\*\*\***

LABORATOIRE VICTOR HUGO  
D'ANALYSES MEDICALES  
DR. RABI ADIL  
IMM STAVROULA, N10, AV CHEIKH RABHI  
GUELIZ, MARRAKECH  
TEL 0808574871

Dr. RABI ADIL

Médecin Biologiste

Spécialiste en analyses médicales

Lauréat de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech

Ancien Médecin Interne de CHU Mohamed VI de Marrakech

Ancien Médecin résident de CHU Mohamed VI et De l'hôpital militaire avicenne Marrakech.



الدكتور ربيع عادل

طبيب إحيائي

إختصاصي في التحاليل الطبية

خريج كلية الطب والصيدلة - مراكش

طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي محمد السادس

طبيب مقيم سابق بالمستشفى الجامعي محمد السادس والمستشفى العسكري ابن سينا مراكش

Code patient : 24-00754

CIN : B364399

Prélèvement du : 16/01/2024

Dossier édité le : 16/01/2024

Prélèvement effectué au laboratoire

Mr KERROUM Ahmed

Dossier N° : 160124-026



Prescrit par Docteur: KOULALI IDRISSE KHALID

Page : 2 / 2

## MARQUEURS TUMORAUX

Automate utilisé :

## PSA totale

9,84 ng/ml

(Technique : Chimiluminescence CL 900i)

## Interprétation :

&lt; 40 ans : &lt; 1.4 ng/mL

40 - 49 ans : &lt; 2.5 ng/mL

50 - 59 ans : &lt; 3.5 ng/mL

60 - 69 ans : &lt; 4.5 ng/mL

&gt; 70 ans : &lt; 6.5 ng/mL

## VITAMINES

Automate utilisé :

## 25-OH Vitamine D (D2 + D3)

22,75 ng/mL

(Technique : Chimiluminescence CL 900i)

## Interprétation :

Valeurs souhaitables : 30 à 100 ng/mL

Carence : &lt; 10 ng/mL

Insuffisance : 10 à 29 ng/mL

Toxicité : &gt; à 100 ng/mL

Nous vous remercions de votre confiance

Le biologiste

LABORATOIRE VICTOR HUGO  
D'ANALYSES MÉDICALES  
Dr. RABI ADIL  
Médecin BiologistePrélèvement à domicile  
sur rendez-vous

08 08 574 871

Imm Stavroula, N10 - 1er étage, Av Cheikh Rabhi  
Route du 4ème DMM - Guéliz, Marrakech

08 08 574 871



labo.victorhugo.marrakech@gmail.com

Patente : 64289575

IF : 50634667

ICE : 002953202000068

Dr. RABI ADIL

Médecin Biologiste

Spécialiste en analyses médicales

Lauréat de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech

Ancien Médecin Interne de CHU Mohamed VI de Marrakech

Ancien Médecin résident de CHU Mohamed VI et De l'hôpital militaire avicenne Marrakech.



الدكتور ربيع عادل

طبيب إحيائي

إختصاصي في التحاليل الطبية

خريج كلية الطب والصيدلة - مراكش

طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي محمد السادس

طبيب مقيم سابق بالمستشفى الجامعي محمد

السادس والمستشفى العسكري ابن سينا مراكش

Code patient : 24-00754 CIN : B364399  
Prélèvement du : 16/01/2024  
Dossier édité le : 16/01/2024  
Prélèvement effectué au laboratoire

Mr KERROUM Ahmed

Dossier N° : 160124-026



Prescrit par Docteur: KOULALI IDRISSE KHALID

Page : 1 / 2

## HEMATOLOGIE

Automate utilisé : Mindray BC-5390

## VITESSE DE SEDIMENTATION

<b>Première heure</b>	12	mm/h	( Inférieur à 10 )
<b>Deuxième heure</b>	34	mm/h	

Valeurs usuelles :

- Hommes : VS = Age / 2.

- Femmes : VS = (Age + 10) / 2.

(Age en années)

## BIOCHIMIE

Automate utilisé : Mindray BS-430 / BS-240 Pro

**Hémoglobine glyquée** 10,0 %

(Technique : HPLC-GX TOSOH Analyzer : Technique de référence )

Interprétation des résultats selon la standardisation du NGSP

- HBA1C entre 4 et 6 % : intervalle non diabétique normale.

- HBA1C inférieur à 6,5 % : excellent équilibre glycémique (DNID)

- HBA1C inférieur à 7 % : excellent équilibre glycémique (DID).

- HBA1C supérieur à 7 % : action corrective suggérée.

**Glycémie à jeun** 2,87 g/L  
(Technique : GOD-POD) 15,96 mmol/L

Consensus :

Taux normal : 0.70 à 1.10 g/L

Diminution de la tolérance au glucose : 1.10 à 1.26 g/L

Diabète : &gt; 1.26 g/L (observé sur 2 prélèvements distincts)

**Créatinine** 9,76 mg/L ( 8 - 13 )  
(Technique : Méthode enzymatique) 86,3 µmol/L ( 70 - 115 )**Acide Urique** 57,18 mg/L ( 35 - 82 )  
(Technique : URICASE-PEROXIDASE) 340,2 µmol/L ( 208,3 - 487,9 )

## IMMUNOLOGIE

Automate utilisé :

**CRP (Protéine C-réactive )** 2,00 mg/L ( Inférieur à 6 )  
(Technique : TURBIDIMETRIQUE)

Nous vous remercions de votre confiance

Le biologiste

LABORATOIRE VICTOR HUGO  
D'ANALYSES MEDICALES  
Dr. RABI ADIL  
Médecin BiologistePrélèvement à domicile  
sur rendez-vous

08 08 574 871

Imm Stavroula, N10 - 1er étage, Av Cheikh Rabhi  
Route du 4ème DMM - Guéliz, Marrakech

08 08 574 871

Patente : 64289575

IF : 50634667

labo.victorhugo.marrakech@gmail.com

ICE : 002953202000068