

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

Conditions générales :

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

Pharmacie :

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

Radiologie et Biologie :

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

Optique :

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

Rééducation :

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

Dentaire :

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

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

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

Adresses Mails utiles

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

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

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'H.
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M23-010527 *2022/11*

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *02658* Société : *RAM*
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : *MENIAR EL MENIAR*
Date de naissance : *30/06/52*
Adresse : *Casa*
Tél. : *0672833390* Total des frais engagés : *4985,30* 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 : *Casa* Le : *16/04/2024*
Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

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

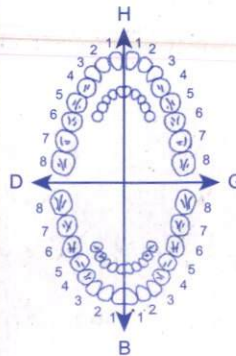
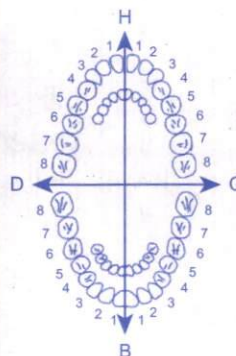
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
		O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			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																				
[Création, remont, adjonction] 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

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 s'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 ou 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.

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتوقيع عليها وإرفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسلية للأدوية، إلخ...);

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاوضية ولا بالإدلاء بنتائج الفحوصات الإشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (زوروا موقع الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل);

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلائي لمهنيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقي مهنيي الصحة وتوقيعهم وختمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي;

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريف الوطنية المرجعية;

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاوضية التي تنتمون إليها خلال الشهرين المواليين لتاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوما ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج;

يعاقب بغرامة وإرجاع المبالغ المقبوضة بغير حق دون الإخلال 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 للتعاوضية;

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE) يجب على المستفيدين تدوين اسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية و إرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زقة الخليل ص.ب 209 الرباط.



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

رقم الهاتف (اختياري): 06 72 83 33 91
N° du Tél (optionnel):

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ة)

الاسم العائلي والشخصي: **Touma ZINE**

رقم الانخراط: **3163478**

رقم التسجيل: **432 87444**

رقم بطاقة التعريف الوطنية: **B377-280**

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن (ة): **ابن** ☐ **زوج** ☐ **Conjoint**

العنوان: **179 St Daudoum Sidi Mameur Casablanca**

إجمالي المصاريف (بالدرهم): **4985,30 DH**

عدد الوثائق المرفقة: **5 pieces**

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات
Bénéficiaire de soins

الاسم العائلي والشخصي: **بن عبد الله**

تاريخ الميلاد: **25/06/1958**

رقم بطاقة التعريف الوطنية: **B377-280**

الجنس: **أنثى** ☒ **ذكر** ☐ **Masculin**

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

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

091020382

الرقم الوطني الاستدلائي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج

Type de soins

Maladie* ☐ مرض*

Maternité* ☐ أمومة*

Hospitalisation* ☐ إستشفاء*

Accident* ☐ حادث*

تم تقديم الظرف المغلق*: ☐ **oui** ☐ **non**

تاريخ الحمل:

التاريخ المرتقب للولادة:

تاريخ الاستشفاء:

تاريخ الحادث:

أسباب الحادث:

Fait à: **Casa Blanca**

في: **13/02/2024**

توقيع المؤمن (ة)
Signature de l'assuré (e)

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

Fait à: **Casa Blanca**

في: **13/02/2024**

أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Établissement de soins

* Cocher la mention utile pour chaque case

* ضع علامة في الخانة المناسبة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع متعا كلينا بيع هذا المطبوع

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاوضية



Identification de l'agent:

تاريخ الإيداع:

Date de dépôt du dossier:

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du médecin traitant
21/01/2024		C2	8		
31 mai 2024		C2	3000		

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة
Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
31-01-2024	336630	DR. OTHMAN MENTAR Lotissement Al Hamid 4 ^e , Derboua Tél: 0320 611111
	INP: 8681937416	
	INP: [][][][][][][][][]	
	INP: [][][][][][][][][]	

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الأحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
09 JAN. 2024	B1190+			13,198 DH	
	PCL A				
INP : 093000180					
INP :					
INP :					

Dr. EL HAN JACQUES Mohamed Ben
Laboratoire d'Analyses
Medicales Labomedic
62. Rue Mustapha El Maâni - Casah

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع ومطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
31-01-2024					
INP: 262093846					
INP: [][][][][][][][]					
INP: [][][][][][][][]					

L - Prolia 60

Apoule

22890SDH
PHARMACIE ELQOUD
DR. OTHMAN MENIAR
Lotissement Al Hamid N°9 Deroua
Tél: 0520 040 412
1: 3366,30 DA

CHERIF BEN MOUSSA
RHEUMATOLOGUE

PHARMACIE ELQOUD
DR. OTHMAN MENIAR
Lotissement Al Hamid N°9 Deroua
Tél: 0520 040 412



8 051128 635522

ot: 230826
consommer de
référence avant le: 09/2026
PC: 89,50 DH



8 051128 635522

t: 230826
consommer de
référence avant le: 09/2026
C: 89,50 DH



8 051128 635522

ot: 230826
consommer de
référence avant le: 09/2026
PC: 89,50 DH



111259 970274



6 111259 970274



6 111259 970274

6 118001 040070
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc
Titulaire de l'AMM au Maroc: SOTHEMA
PPV: 2269,00DH
AMM N° 666/17 DM/PZ/INRG
Boîte de 1 seringue pré-remplie
Solution injectable
PROLIA 60mg

6 118001 040070
Fabricant:
HERMES PHARMA GmbH
ALLGAU 35 - 8400 WOLFSBERG
AUTRICHE
BOTTU SA PPV: 1100 DH 10

6 118001 040070
Fabricant:
HERMES PHARMA GmbH
ALLGAU 35 - 8400 WOLFSBERG
AUTRICHE
BOTTU SA PPV: 1100 DH 10

6 118001 040070
Fabricant:
HERMES PHARMA GmbH
ALLGAU 35 - 8400 WOLFSBERG
AUTRICHE
BOTTU SA PPV: 1100 DH 10

Dr. Hasnaa CHERIF BEN MOUSSA
Rhumatologue

Maladies des Os-Articulations
Colonne Vertébrale - Muscles
et Tendons

Tél. Fax : 05.22.22.23.04

Sur Rendez-vous

Casablanca, le :

31 Janv 2024

د. حسناء شريف بن موسى

أخصائية في الروماتيزم

أمراض العظام و المفاصل

و العمود الفقري و العضلات

الهاتف / الفاكس : 05.22.22.23.04

بالموعد



PHARMACIE EL MOUSSA
214 400 99 112
Rue des Hôpitaux
Casablanca

Zine TOURNA

110,1043

330,1041

1. Paravul 3

15' - x 3 mes

89,50X3

268,500

2. Carogyl

15' x 3 mes

159,504

478,504

3. Car hagen protocol

x 3 mes

05.22.22.23.04 : الهاتف الفاكس : 44, Rue des Hôpitaux (En Face des Urgences de CHU Ibn Rochd) 3ème Etage - Tél. Fax : 05.22.22.23.04

Email : hasnaab5@icloud.com البريد الإلكتروني

Dr. Hasnaa CHERIF BEN MOUSSA
Rhumatologue

Maladies des Os-Articulations
Colonne Vertébrale - Muscles
et Tendons

Tél. Fax : 05.22.22.23.04

Sur Rendez-vous



د. حسناء شريف بن موسى

أخصائية في الروماتيزم

أمراض العظام و المفاصل
و العمود الفقري و العضلات

الهاتف / الفاكس : 05.22.22.23.04

بالموعد

Casablanca, le : 18/01/2024 في الدار البيضاء ،

Dr. Hasnaa CHERIF BEN MOUSSA

US NFS CRP glyc : HbA1c

Colca - 200 mg / 12h

avec Costumic uric

PT H : Colca 24h

CHERIF BEN MOUSSA
RHUMATOLOGUE

Rue des Hôpitaux, Qd. des Hôpitaux
Tél: 0522 22 23 04

EL HAKOUENI Mohamed Saïd
Laboratoire d'Analyses
Medicales Labo-med
Rue Mustapha El Maâni - Casablanca

44 ، زنقة المستشفيات (امام مستعجلات ابن رشد) الطابق الثالث - الهاتف الفاكس : 05.22.22.23.04
44, Rue des Hôpitaux (En Face des Urgences du CHU Ibn Rochd) 3ème Etage - Tél. Fax: 05.22.22.23.04
البريد الالكتروني : E-mail : hasnaab5@hotmail.com

MME ZINE TOURIA
NR 179 LOT DANDOUNE SIDI
MAAROUF
CASABLANCA
CASABLANCA PRINCIPAL
20001

Accusé de Réception



N° de Dossier : 85979676 Date et heure : 14/02/2024 12:50
Nom et prénom Assuré : ZINE TOURIA
Immatriculation : 43874741 / 500397558
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: ZINE TOURIA / 01
Type de dossier : FEUILLE DE SOINS
Lieu de réception : CASA SIEGE 40123
Valeur en Dirhams : 4 985,30 - Nombre de pièces : 5 -
Code Etablissement : Agent de réception : M4M0535
Nom Etablissement :

Royaume du Maroc



Ce plug-in n'est pas certifié.



ZINE TOURIA

CIN B 377280

AFFM. 432 874 741

Les outils d'Application : les outils d'App

Ma Situation

Remboursements

Prises en charge

Immatriculation

Menu



En vertu de l'article 73 de la 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

ENREGISTRE 1

PAYE

EN COURS DE PAIEMENT 1

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	-	27/03/2024	Virement	-	6 573,40	1 458,41	405,89	1 864,30
85979580	14/02/2024	Payé en : 42 jours		ZINE TOURIA	1 588,10	80,00	15,00	75,00
85979676	14/02/2024	Payé en : 42 jours		ZINE TOURIA	4 985,30	1 398,41	390,89	1 789,30
3	-	20/02/2024	Virement	-	3 400,40	1 540,04	191,16	1 731,20
1	-	06/02/2024	Virement	-	3 736,00	1 320,00	30,00	1 350,00
2	-	05/12/2023	Virement	-	2 457,40	1 259,10	383,90	1 643,00
3	-	03/11/2023	Virement	-	5 399,60	1 196,02	372,58	1 568,60
1	-	01/11/2023	Virement	-	1 500,00	600,00	150,00	750,00
1	-	06/10/2023	Virement	-	612,90	250,00	80,00	330,00
1	-	30/08/2023	Virement	-	840,40	441,10	161,90	603,00

Application Mobile SMART CNOPS - Assuré ▶ Télécharger

☆☆☆☆

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOMEDIC

M.S. EI HAROUCHE (PHARMACIEN BIOLOGISTE)

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE LYON

462, Rue Mustapha El Maani - Casablanca Tel 1 : 0522-27.66.73 Tel 2 : 0522-27.66.24 GSM : 06.74.0202.52

I.C.E : 001543075000027 - RC : 1631 - Pat : 34201990

CNSS : 128091 - RIB : ATW(BCM)007780000000180200001626

Facture N: 24 / 1037

INPE : 093000180

IF : 41802740

Suite aux Analyses Effectuées Le 29/01/2024

Sous La Prescription Du Docteur BEN MOUSSA

Pour ZINE TOURIA

Ayant La Référence 24129932322

Organisme : CNOPS MP473



093000180

Bilan :

~VS~NFS~CRP~GLY~HBA1C~CA~VITD~URE~CREA~AU~PTH~CA24

Cotation : B 1190 + Prelevement (10 DH)

Montant Net : 1319 Dhs

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

MILLE TROIS CENT DIX NEUF DHS

VS	30	PTH	300
NFS	80	CA24	30
CRP	100		
GLY	30		
HBA1C	100		
CA	30		
VITD	400		
URE	30		
CREA	30		
AU	30		

M.S. EI HAROUCHE Mohamed Samir
Laboratoire d'Analyses
Medicales Labomedic
Rue Mustapha El Maani - Casablanca
0522 27 66 73

مختبر التحليلات الطبية لبومديك

Pharmacien Biologiste - Ancien interne des hôpitaux de Lyon

الهاروشي محمد سعيد
إختصاصي في التحليلات الطبية

Dr. BEN MOUSSA

HEMATOLOGIE

NUMERATION GLOBULAIRE

Femme

Hémoglobine.....:	12,4	g/dl	(12 à 15)	15.1 : 02/08/2018
Hématocrite.....:	36.8	%	(36 à 47)	43.4 : 02/08/2018
Globules rouges.....:	4.36	M/mm3	(3.8 à 5.5)	4.77 : 02/08/2018
VGM.....:	84,4	μ3	(80 à 95)	91 : 02/08/2018
CCMH.....:	28.4	pg	(28 à 36)	35 : 02/08/2018
TCMH.....:	33.7	%	(28 à 36)	32 : 02/08/2018
Plaquettes.....:	235000	/mm3	(150000 à 350000)	196000 : 02/08/2018
Globules blancs.....:	4130	/mm3	(4000 à 10000)	6660 : 02/08/2018

FORMULE LEUCOCYTAIRE

* Polynucléaires Neutrophiles:	41	%	(50 à 75)	60 : 02/08/2018
soit.....:	1693	/mm3	(2000 à 7500)	
* Polynucléaires éosinophiles:	4	%	(1 à 3)	6 : 02/08/2018
soit.....:	165	/mm3	(< = à 400)	
Polynucléaires basophiles...:	1	%	(< = à 1)	1 : 02/08/2018
soit.....:	41	/mm3	(< = à 150)	
Lymphocytes.....:	42	%	(20 à 45)	27 : 02/08/2018
soit.....:	1735	mm3	(1500 à 4000)	
* Monocytes.....:	12	%	(2 à 8)	6 : 02/08/2018
soit.....:	496	/mm3	(200 à 800)	

VITESSE DE SÉDIMENTATION

* VS 1ère heure.....:	21	mm	(< = à 10)	10 : 02/04/2015
* VS 2ème heure.....:	48	mm	(< = à 20)	30 : 02/04/2015

462, Rue Mustapha El Maâni - Rond Point Hassan II - 21.000 Casablanca - Tél. : 05.22.27.66.73/24 - Fax : 05.22.26.50.87
E-mail : labolabomedic@gmail.com

مختبر التحاليل الطبية لبومديك LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOMEDIC

M.S. EL HAROUCHI

Pharmacien Biologiste - Ancien interne des hôpitaux de Lyon

CES : - Biochimie - Bacteriologie - Hématologie
- Virologie - Parasitologie - Immunologie

الهاروشي محمد سعيد
إختصاصي في التحاليل الطبية

Prélèvement du : 29/01/2024 à 09:32:32

Edition du : 29/01/2024



21K3594

Madame ZINE TOURIA

Dossier n° : MP473

Dr. BEN MOUSSA

Page : 2/3

BIOCHIMIE

Analyses	Resultats		Normes	Antécédents
Glycemie (à jeun)	0,98	g/l	(0.7 à 1.1)	0.96 : 02/08/2018
Hb glyquée HbA1C (HPLC)	6,1	%	(4.2 à 6.2)	
Urée	0,31	g/l	(0.15 à 0.45)	0.25 : 02/04/2015
Créatinine sanguine	8,0	mg/L	(5 à 13)	8.7 : 03/11/2017
Calcium	102	mg/l	(85 à 105)	100 : 02/08/2018
Acide Urique	37	mg/l	(15 à 65)	55 : 02/08/2018
Protéine C réactive (CRP)	2	mg/l	(1 à 6)	2 : 29/10/2016
(Technique immunoturbidimétrique)				

BIOCHIMIE URINAIRE

Analyses	Resultats		
Diurese de 24 h	2,45	Litre	
Calcium Urinaire	36	mg/l	
* soit	88,2	mg/24h	(150 à 250)

مختبر التحاليل الطبية لبومديك LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOMEDIC

M.S. EL HAROUCHE

Pharmacien Biologiste - Ancien interne des hôpitaux de Lyon

CES : - Biochimie - Bactériologie - Hématologie
- Virologie - Parasitologie - Immunologie

الهاروشي محمد سعيد
إختصاصي في التحاليل الطبية

Prélèvement du : 29/01/2024 à 09:32:32

Edition du : 29/01/2024



2IK3594

Madame ZINE TOURIA

Dossier n° : MP473

Dr. BEN MOUSSA

Page : 3 / 3

HORMONOLOGIE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
----------	-----------	--------	-------------

PARATHORMONE INTACTE (1-84) (chimiluminescence)

* Résultat	99,6	ng/L	(9 à 79)
------------------	------	------	----------

VITAMINES

Analyses	Resultats	Normes	Antécédents
----------	-----------	--------	-------------

VITAMINE D2/D3 (25 Hydroxy-vitamine D)

Résultat.....	29,1	ug/l	34.8 : 02/08/2018
---------------	------	------	-------------------

Valeurs souhaitables : > 30 ug/l

Insuffisance.....: 10 - 30 ug/l

Carence.....: < 10 ug/l

Toxicité.....: > 100 ug/l

462, Rue Mustapha El Maâni - Rond Point Hassan II - 21.000 Casablanca - Tél. : 05.22.27.66.73/24 - Fax : 05.22.26.50.87
E-mail : labolabomedic@gmail.com