

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

202079

Déclaration de Maladie

M23- N° 0036391

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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'Horlogerie
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

PP4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3566 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MOURADI JED JALAL
Date de naissance : 11.9.58
Adresse : 40 bis rue 11e
Tél. : 0661131384 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
Nom et prénom du malade : MEZIAS KHANISA 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) :

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

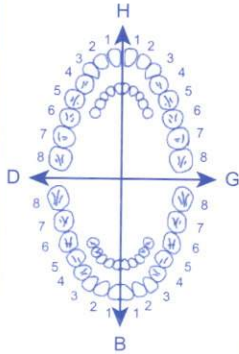
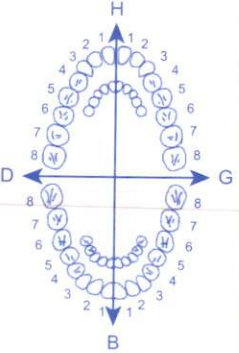
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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																
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		CCEFFICIENT 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"/>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

mandations pratiques :

ne déclaration par personne.

s et prénoms de la personne malade doivent
tés obligatoirement par les praticiens eux-
sur chaque pièce transmise.

ier « Maladie » doit être transmis dans les
ontractuels de votre contrat.

onnances pour traitements spéciaux doivent
la nature du traitement ainsi que le coefficient
pondant et le détail des honoraires.

ires de pharmacie et les notes de frais d'analyses
traitements spéciaux doivent toujours être
agnées des ordonnances du médecin traitant
ie des photocopies des résultats (des analyses
examens radiologiques).

spectus et les PPV (Prix Public de Vente) relatifs
dicaments doivent être joints aux ordonnances
veillant à contrôler les dates de péremption.

oroger la garantie aux enfants âgés de plus de
, l'adhérent doit produire annuellement un
cat de scolarité correspondant à l'année
rance considérée.

njoint de l'adhérent ne bénéficie d'aucun régime
voyance, merci de le préciser sur le bulletin
sion et joindre les pièces justificatives. Si cela
ient en cours de contrat, vous devez nous
uniquer toutes les pièces justificatives nécessaires.

entions chirurgicales : Nous fournir une facture
ée de la clinique ou de l'hôpital précisant :

- a. Les honoraires du chirurgien et les coefficients
des actes « K » correspondant à l'intervention.
- b. La ventilation des frais annexes (anesthésie,
bloc opératoire etc...)
- c. Le nombre de jours d'hospitalisation et le
compte rendu.
- d. Le détail des fournitures pharmaceutiques.

10. Maternité : Le versement de l'indemnité forfaitaire
s'effectue sur présentation d'un extrait d'acte de
naissance du/des nouveau(x) né(s).

11. Accident ou traumatisme : (autre que l'accident de
travail) : merci de préciser les causes et circonstances
en mentionnant la date, l'heure et le lieu.

12. Optique : La déclaration doit comporter la prescription
médicale, la facture de l'opticien précisant les
références des verres achetés.

13. Confidentialité : Si la maladie revêt un caractère
confidentiel, merci d'en faire préciser la nature sous pli
confidentiel cacheté à l'attention du médecin conseil
de la compagnie.

14. Cas de grossesse : Vous devez nous le déclarer dès son
diagnostic.

15. Pour les traitements médicaux à longue durée, la prise
en charge est limitée à 3 mois.

16. Réclamations : Toute réclamation doit nous être formulée
au plus tard dans un délai d'un (1) mois à compter de la
date du dépôt du dossier maladie.



Déclaration maladie



AA73646

À remplir par la société contractante

Numéro de police / catégorie 010060089 00
Numéro du bordereau
Numéro du sinistre
Matricule de l'assuré 13
Numéro d'affiliation à AXA Assurance Maroc

Cachet de l'entreprise

À remplir par l'assuré

Nom : MEZ IAT Prénom : Khadija
N° de C.I.N : BE642679 Date de naissance : 16/10/75
Montant des frais exposés : DH

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 27/01/83

Signature de l'assuré(e)

Données personnelles

Les données personnelles demandées par l'assureur ont un caractère obligatoire pour obtenir la souscription du présent contrat et l'exécution de l'ensemble des services qui y sont rattachés. Elles sont utilisées exclusivement à cette fin par les services de l'assureur et les tiers autorisés.

La durée de conservation de ces données est limitée à la durée du contrat d'assurance et à la période postérieure pendant laquelle leur conservation est nécessaire pour permettre à l'assureur de respecter ses obligations en fonction des délais de prescription ou en application d'autres dispositions légales.

Par ailleurs, la communication des informations de l'assuré/souscripteur est limitée aux communications obligatoires en fonction des obligations légales et réglementaires qui s'imposent à l'assureur et aux tiers légalement autorisés à obtenir lesdites informations.

L'assureur garantit notamment 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. Les données sont protégées aussi bien sur support physique qu'électronique, de telle sorte que leur accès soit impossible à des tiers non autorisés.

L'assureur s'assure que les personnes habilitées à traiter les données personnelles connaissent leurs obligations légales en matière de protection de ces données et s'y tiennent.

Les données à caractère personnel peuvent à tout moment faire l'objet d'un droit d'accès, de modification, de rectification et d'opposition auprès du Service gestion des réclamations AXA Assurance Maroc par courrier à l'adresse : 120-122 Avenue Hassan II - 20 000 Casablanca.

De manière expresse, l'assuré/souscripteur autorise l'assureur à utiliser ses coordonnées à des fins de prospections commerciales en vue de proposer d'autres services d'assurance. Il peut s'opposer par courrier à la réception de sollicitations commerciales.

«conformément à la loi 09-08, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux traitements de vos données personnelles. Ce traitement a été autorisé par la CNDP sous le N° : A-A-343/2013».

Cadre réservé à AXA Assurance Maroc

Cachet de la cellule « bordereaux »

Cachet de la cellule « traitement »

signements concernant le patient

du patient : MEZIAN Prénom(s) du patient : KUADISA
 le naissance : 24/01/24 Lien de parenté avec l'assuré(e) : Père
 e de la maladie : Accident
 agit d'un accident, en indiquer la cause : Chute
 : 24/01/24

es soins (à remplir par le Médecin)

Actes	Nombre d'actes	Nature et coefficient	Montant détaillé des honoraires	Signature et cachet du médecin attestant le paiement des actes
24	1		300,00	Docteur Abderrafi BENABD CHIRURGIEN TRAUMATOLOGUE - ORTHOPÉDIE Bd. de la Résistance - Résidence n° 204 2ème Etage N° 204 - CASABLANCA Tel: 0522.44.52.39 - Fax: 0522.44.52.42 IPE : 091020255
124	1		—	Docteur Abderrafi BENABD CHIRURGIEN TRAUMATOLOGUE - ORTHOPÉDIE Bd. de la Résistance - Résidence n° 204 2ème Etage N° 204 - CASABLANCA Tel: 0522.44.52.39 - Fax: 0522.44.52.42 IPE : 091020255

on des ordonnances (à remplir par le Pharmacien)

Date de l'ordonnance	Montant de la facture	Cachet du pharmacien attestant le paiement de la facture
1/1/24	571,20	PHARMACIE IF II ALAMI KARIMA 71111, Wafa Bank INP et Rd M. 15 Casablanca Tel: 05 22 44 52 39
1/1/24	290,80	PHARMACIE IF II ALAMI KARIMA 71111, Wafa Bank INP et Rd M. 15 Casablanca Tel: 05 22 44 52 39

Date de l'ordonnance	Désignation des coefficients	Montant des honoraires	Signature et cachet du laboratoire ou du radiologue
25/01/24	8 1280	1740	INPE: 093002772
	N° ICE		N° INP
	N° ICE		N° INP
	N° ICE		N° INP

Actes médicaux ou paramédicaux - Auxiliaires médicaux

Devis : Nombre de séances : _____ Établi le : _____
 Facture : Nombre de séances : _____ Établi le : _____

Date des soins	Nombre	Montant des honoraires	Signature et cachet du praticien N° d'autorisation d'exercer au Maroc
	AM PC IM IV		
	N° ICE		N° INP
	N° ICE		N° INP
	N° ICE		N° INP

Cadre réservé à AXA Assurance Maroc

Médecin conseil

Fiche dossier

Docteur Abderrafi BENABDENNBI

CHIRURGIEN

TRAUMATO - ORTHOPEDISTE

Ancien Enseignant à la Faculté de Médecine

Ancien Assistant des Hôpitaux de Toulouse

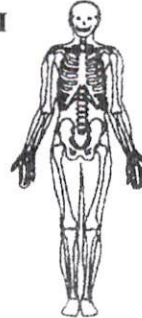
Assermenté Auprès des Tribunaux

membre de S.I.C.O.T

Bd. de la résistance - Résidence Casa 1

2ème Etage Appartement N° 204 - Casablanca

Tél. : 05 22 44 93 39



الدكتور عبد الرافع بن عبد النبي
طبيب جراح في العظام و المفاصل

محلف لدى المحاكم بالدار البيضاء

عضو في المنظمة العالمية للجراحة

شارع المقاومة إقامة البيضاء 1

الطابق الثاني. شقة رقم 204 - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 44 93 39

Casablanca, le 24/01/2012 في الدار البيضاء.

MEZIAT KHAMJA

37,70

DEL-MEDROL 80

16,80

LIDOCATNE 2%

3,12

SCARON 600 A INJ

57,20

PHARMACIE
ALAMI KAMMA
71, rue de la Résistance - Casablanca
IFNI et de Méd. Tél. : 05 22 44 93 39

Docteur Abderrafi BENABDENNBI
CHIRURGIEN
TRAUMATO - ORTHOPEDISTE
Bd. de la Résistance - Résidence Casa 1
2ème Etage N° 204 - CASABLANCA
Tél. : 0522.44.93.39 - Fax : 0522.44.93.39
IPE : 041023255

Docteur Abderrafi BENABDENNBI

CHIRURGIEN

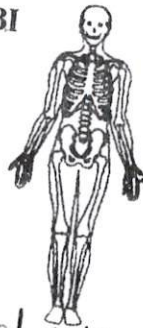
TRAUMATO - ORTHOPEDISTE

Ancien Enseignant à la Faculté de Médecine
Ancien Assistant des Hôpitaux de Toulouse

Assermenté Auprès des Tribunaux

membre de S.I.C.O.T

Bd. de la résistance - Résidence Casa I
2ème Etage Appartement N° 204 - Casablanca
Tél. : 05 22 44 93 39



الدكتور عبد الرفيق بن عبد النبي
طبيب جراح في العظام و المفاصل
محلف لدى المحاكم بالدار البيضاء
عضو في المنظمة العالمية للجراحة

شارع المقاومة إقامة البيضاء 1
الطابق الثاني شقة رقم 204 - الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 44 93 39

Casablanca, le

2x/1/124

الدار البيضاء في

MEZAT

KHARJA

NFS

TSH

GLYCEMIO A JOUR + HB GLYCEMI
URÉE PRADINING

CHOLESTEROL T, HDL, LDL

TRIGLYCER

TRANSAMINASES

VS

VIT D243

Docteur Abderrafi BENABDENNBI
CHIRURGIEN
TRAUMATO - ORTHOPEDISTE
Bd. de la Résistance - Résidence Casa I
2ème Etage Appartement N° 204 - CASABLANCA
Tél: 0522 44 93 39 - Fax: 0522 44 93 42
IPE: 091020255

Docteur Abderrafi BENABDENNBI

CHIRURGIEN

TRAUMATO - ORTHOPEDISTE

Ancien Enseignant à la Faculté de Médecine

Ancien Assistant des Hôpitaux de Toulouse

Assermenté Auprès des Tribunaux

membre de S.I.C.O.T

Bd. de la résistance - Résidence Casa 1

2ème Etage Appartement N° 204 - Casablanca

Tél. : 05 22 44 93 39



الدكتور عبد الرزاق بن عبد النبي
طبيب جراح في العظام و المفاصل

محلف لدى المحاكم بالدار البيضاء
عضو في المنظمة العالمية للجراحة

شارع المقاومة إقامة البيضاء 1

الطابق الثاني. شقة رقم 204 - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 44 93 39

Casablanca, le

26/11/2024

الدار البيضاء في

MEZIAT KUADISA

Docteur

TRAUM

Bd. de la Résistance - Résidence Casa 1

2ème Etage N° 204 - Casablanca

Tél. : 0522.44.93.39 - Fax : 0522.44.93.42

IPE : 091020255

36 BENABDENNBI

CHIRURGIEN

TRAUMATO - ORTHOPEDISTE

Bd. de la Résistance - Résidence Casa 1

2ème Etage N° 204 - Casablanca

Tél. : 0522.44.93.39 - Fax : 0522.44.93.42

IPE : 091020255

24,40 x6

4

LEVOTHYX 100

2 4 1 x 18

43,90 x2

2

IBERM. x 15

56,60 2 4 1 x 20 A17 RAS

31

STILN. x 15

290,80 2 4 1 x 30 1320

PHARMACIE IFNI
L. ALAMI KARIMA
71mm. Wafa Bank Ann Rue
IFNI et Bd Med 5 - Casablanca
Tel: 05 22 44 93 39

Docteur Abderrafi BENABDENNBI
TRAUMATO - CHIRURGIEN
Bd. de la Résistance - Résidence Casa 1
2ème Etage N° 204 - Casablanca
Tél. : 0522.44.93.39 - Fax : 0522.44.93.42
IPE : 091020255

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES DERB SULTAN
425, bd Mohamed VI, 3^{ét} Derb Elkabir
05.22.83.62.08 – 05.22.82.33.46

FACTURE N : 240100765

Casablanca le 25-01-2024

Mme Khadija MEZIAT

Demande N° 2401250024

Date de l'examen : 25-01-2024

Analyses :

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
PSA	Prélèvement sang adulte	E25
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	B0
B111	Créatinine	B30
B106	Cholestérol total	B30
B118	Glycémie	B30
B146	Transaminases O (TGO)	B50
B147	Transaminases P (TGP)	B50
B119	Hémoglobine glycosylée	B100
B108	Cholestérol HDL	B50
B109	Cholesterol LDL	B50
B216	Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes)	B80
B134	Triglycérides	B50
B163	TSH	B250
B135	Urée	B30
B384	25 Hydroxy cholecalciférol	B450
B223	Vitesse de sédimentation	B30

Total des B : 1280

TOTAL DOSSIER : 1740DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille sept cent quarante dirhams

ICE : 001539203000005 / INP : 093002772 / I.F : 44601910



محبر درب السلطان للتحاليل الطبية
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES DERB SULTAN
الدكتور محمد التويمي بن جلون
DOCTEUR MOHAMMED TOUIMI BEN JELLOUN
PHARMACIEN BIOLOGISTE LAUREAT DE L'UNIVERSITE
CLAUDE BERNARD DE LYON (FRANCE)

Enregistré le : 25-01-2024 10:05
Prélevé le : 25-01-2024
Edité le : 25-01-2024

Mme MEZIAT Khadija
Né(e) le : 16-10-1975 Sexe : F
Réf : 2401250024
Prescripteur: Dr ABDERRAFI BENABDENNABI Tél :
Correspondant : Fax :

HEMATOCYTOLOGIE

NUMERATION FORMULE COMPLETE

04-02-2023

Hématies	5.22	M/mm ³	(4.00-5.40)	4.83
Hémoglobine	14.50	g/100ml	(12.00-16.00)	13.80
Hématocrite	44.40	%	(35.00-47.00)	41.10
CONSTANTES ERYTHROCYTAIRES				
VGM	85.10	fl	(85.00-100.00)	85.10
TCMH	27.80	pg	(27.00-33.00)	28.60
CCMH	32.70	%	(31.00-36.00)	33.60
Leucocytes	11 070	/mm ³	(5 000-9 500)	7 810

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles	65.40	%		63.10
Soit	7 239.78	/mm ³	(1 800.00-8 000.00)	4 928.11
Polynucléaires Eosinophiles	1.50	%		2.30
Soit	166.05	/mm ³	(50.00-285.00)	179.63
Polynucléaires Basophiles	0.40	%		0.60
Soit	44.28	/mm ³	(0.00-95.00)	46.86
Lymphocytes	27.60	%		28.40
Soit	3 055.32	/mm ³	(1 000.00-4 000.00)	2 218.04
Monocytes	5.10	%		5.60
Soit	564.57	/mm ³	(150.00-665.00)	437.36
Plaquettes	100.0			
(Tech : SYSMEX 2000i)	287 000	/mm ³	(150 000-400 000)	268 000



مختبر درب السلطان للتحاليل الطبية
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES DERB SULTAN
الدكتور محمد التويمي بن جلون
DOCTEUR MOHAMMED TOUIMI BEN JELLOUN
PHARMACIEN BIOLOGISTE LAUREAT DE L'UNIVERSITE
CLAUDE BERNARD DE LYON (FRANCE)

2401250024 – Mme MEZIAT Khadija

VITESSE DE SEDIMENTATION

VS 1ère heure
VS 2ième heure

04-02-2023
60 mm (4-8) 66
85 mm (8-14) 97



مختبر درب السلطان للتحاليل الطبية
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES DERB SULTAN
الدكتور محمد التويمي بن جلون
DOCTEUR MOHAMMED TOUIMI BEN JELLOUN
PHARMACIEN BIOLOGISTE LAUREAT DE L'UNIVERSITE
CLAUDE BERNARD DE LYON (FRANCE)

2401250024 – Mme MEZIAT Khadija

BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

Urée

(Cinétique)

0.23 g/l

3.83 mmol

(0.15–0.50)

(2.50–8.33)

04-02-2023

0.31

Créatinine

(Colorimétrique cinétique)

6.80 mg/l

60.44 µmol/l

(5.00–9.00)

(44.44–79.99)

04-02-2023

7.10

Glycémie à jeun

(UV enzymatique à l'hexokinase)

1.04 g/l

5.77 mmol/l

(0.74–1.09)

(4.11–6.05)

04-02-2023

1.11

Hémoglobine Glycosylée

(HPLC (GX))

6.00 %

(4.00–6.00)

Interprétation HbA1c chez un diabétique :
6.1 à 7 % : Très bon équilibre glycémique
7.1 à 8 % : Bon équilibre glycémique
> 8.1 % : Mauvais équilibre glycémique

Cholestérol Total

(Colorimétrique enzymatique)

2.49 g/l

6.44 mmol/l

04-02-2023

2.25

Valeur pour Adulte

Niveau de risque cardiovasculaire (NCEP ATP)

< 2 g/L (5.2 mmol/L)

2 – 2.39 g/L (5.2– 6.1 mmol/L)

> ou = 2.4 g/L (> ou = 6.2 mmol/L)

Taux de cholestérol souhaitable/Normal

Limite supérieure

Taux élevés

22-10-2020



مختبر درب السلطان للتحاليل الطبية
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES DERB SULTAN

الدكتور محمد التويمي بن جلون

DOCTEUR MOHAMMED TOUIMI BEN JELLOUN

PHARMACIEN BIOLOGISTE LAUREAT DE L'UNIVERSITE

CLAUDE BERNARD DE LYON (FRANCE)

2401250024 – Mme MEZIAT Khadija

HDL-Cholestérol

(Colorimétrique enzymatique en phase homogène)

0.58 g/l

0.51

1.50 mmol/l

Interpretation:

Femmes : pas de risque >0.65g/l

Risque modéré 0.45 – 0.65 g/l

Risque élevé <0.45 g/l

Hommes : pas de risque >0.55g/l

Risque modéré 0.35 – 0.55 g/l

Risque élevé <0.35 g/l

LDL-Cholestérol

(Colorimétrique enzymatique en phase homogène)

1.85 g/l

22-10-2020

1.6:

4.79 mmol/l

Interpretation:

Optimal <1 g/l

Presque Optimal 1 à 1.29 g/l

Limite supérieure 1.30 à 1.59 g/l

Risque élevé 1.60 à 1.89 g/l

Risque très élevé >1.90 g/l

Triglycérides

(Colorimétrique enzymatique)

1.24 g/l

(0.50–2.00)

04-02-2023

0.90

1.42 mmol/l

(0.57–2.28)

Transaminases GOT (ASAT)

(IFCC sans activation par pyridoxal phosphate)

44.80 UI/l

(0.00–31.00)

04-02-2023

35.86

Transaminases GPT (ALAT)

(IFCC sans activation par pyridoxal phosphate)

76.30 UI/l

(0.00–31.00)

04-02-2023

50.01



Quittance De Remboursement
Maladie Maternite

Société	: GENESCO	N° de sinistre	: 93853930
Contrat n°	: 010 060089 / 00	N° dossier	: 6473646
N° d'affiliation	: 13	Réf dossier	: AA73646
Matricule Société	: 0	Date de survenance	: 27/01/2023
CIN	:	Date de traitement	: 15/03/2024
Assuré	: MEZIAT KHADIJA	Date de remboursement	: 15/03/2024
Bénéficiaire	: MEZIAT KHADIJA	Code agence	: 0-

Nature des prestations	Dépense réelles en dhs	Base de remboursement	Coef (nbre)	Taux en %	Remboursement autre Cie	Remboursemen AXA
CONSULT° SPECIALISTE	300,00	300,00	0	85.00	0,00	255,00
MEDICAMENTS	348,00	348,00	0	85.00	0,00	295,80
ANALYSES B	1 740,00	1 740,00	0	85.00	0,00	1 479,00
	2 388,00	2 388,00			0,00	2 029,80

Observations :

Informations :

EN ASSUR
NISTRE M
TPA