

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.



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

Déclaration de Maladie

M23-001586

203830

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2439 Société : R A M
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite
 Nom & Prénom : DOVIER NAJIB
 Date de naissance : 17-1954
 Adresse : 14 rue EL BAHALI Bouk noie CASA
 Tél. : 0663722597 Total des frais engagés : 1458.50 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 : CASABLANCA Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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

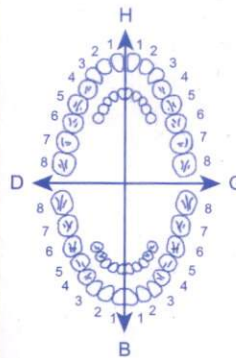
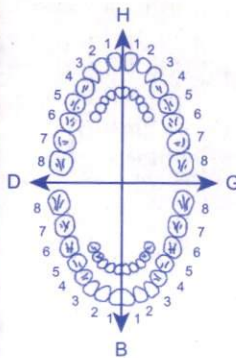
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>	
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
				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



البيان الدوري لتعويضات التأمين
الصحي الإجباري

Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين
الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance
Maladie Obligatoire
Réf. : 610-2-06 : مرجع رقم

Emis à : CASABLANCA : أصدر ب
Le : 01/03/2024 : بتاريخ

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 185164235 رقم التسجيل
Règlements de la période : من
du : 01/03/2024 : إلى
au : 01/03/2024 : إلى

المُرسل إليه
Destinataire
BENNIS NADIA

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des
prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la
période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي
استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الاداء	مبلغ التعويض
Número de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de rembour- sement	Taux de rembour- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
BENNIS NADIA											
147510693	12/02/2024	CSC	CARDIOLOGIE	300,00	250,00	1.00	1,00	250,00	70,00	01/03/2024	175,00
147510693	12/02/2024	PH	PHARMACIES D	465,20	0,00	1.00	5,00	0,00	0,00	01/03/2024	210,07
147510538	17/02/2024	CS	OFFICINES GASTRO-ENTEROLOGIE	300,00	150,00	1.00	1,00	150,00	70,00	01/03/2024	105,00
147510538	17/02/2024	PH	PHARMACIES D	245,70	0,00	1.00	1,00	0,00	0,00	01/03/2024	0,00
147510538	17/02/2024	B	OFFICINES LABORATOIRES D	912,80	737,00	670.00	1,00	737,00	70,00	01/03/2024	515,90
147510540	21/02/2024	CS	ANALYSES OTO-RHINO-	300,00	150,00	1.00	1,00	150,00	70,00	01/03/2024	105,00
147510540	21/02/2024	PH	LARYNGOLOGIE PHARMACIES D	40,00	0,00	1.00	1,00	0,00	0,00	01/03/2024	0,00
Total remboursé											1110,97
Total général remboursé											1110,97

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Pour plus d'informations :

merci de visiter notre site Web
ou le portail des assurés
ou l'application mobile
ou appeler notre serveur vocal au numéro
ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

www.cnss.ma
www.cnss.ma/Portail/
« Ma CNSS »
080 20 30 100
080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات:

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
أو تطبيق الهاتف
أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال الوالضمان على الأرقام

Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, ...).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les ordonnances transmises doivent être accompagnées des codes à barres des médicaments achetés.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNSS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Certaines prestations ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à accord préalable. La liste de ces dernières est disponible auprès de tout le réseau CNSS.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

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.

L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنمسية لكل مرض ولكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، ...).

يجب كتابة الإسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفية الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهنا بطلب الموافقة المسبقة.


لأنحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent :	تاريخ الاستلام : Date d'arrivée :
تاريخ الإيداع : Date de dépôt du dossier :	

 <p>الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger</p>	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	REF. ANAM : 120101
	موافقة مسبقة Entente préalable	تنفيذ Exécution	مرجع رقم 610-1-02	

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ها)

Nom et prénom : BENNIS Nadjia	الإسم العائلي والشخصي :
N° Immatriculation : 1185116142351	رقم التسجيل :
N° CIN : 121464509	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *	علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (ها) *
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج	Enfant <input type="checkbox"/> ابن
Adresse : 44 Rue EL BAHAIL Roches noires CASA	العنوان :
Montant des frais : 1458,50 Dhs.	مبلغ المصاريف :
Nombre de pièces jointes : 6	عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins :	المستفيد من العلاجات
Nom et prénom : Bennis Nadjia	الاسم العائلي والشخصي :
Date de naissance :	تاريخ الميلاد :
N° CIN :	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe : M <input type="checkbox"/> ذكر F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى	الجنس :
INPE et code à Barres **	الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر **

Médecin traitant الطبيب المعالج	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية
------------------------------------	--

Type de soins *

نوع العلاجات *

Hospitalisation <input type="checkbox"/> إستشفاء	Maternité <input type="checkbox"/> أمومة	Accident <input type="checkbox"/> حادثة	Maladie <input type="checkbox"/> مرض
--	--	---	--------------------------------------

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه Fait à : CASA Le : 11/09/2014 توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه Fait à : CASA Le : 11/09/2014 توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins
--	--

* Cocher la mention utile pour chaque case

* أنشط الخانة المناسبة

** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres
الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة داكاز - الدار البيضاء ص - ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف : 080 203 3333

CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP : 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333

r. BENNIS Siham

Spécialiste en Hépatologie - Gastro - Entérologie

Neurologie Médico - Chirurgicale

Endoscopie Digestive - Echographie

Docteur à la Faculté de Médecine de

Casablanca

Chien médecin interne du CHU Ibn Rochd

Casablanca



الدكتورة سهام بنيس

إختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي

وأمراض الكبد

الفحص بالصدى

المناظير الداخلي

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقة بالمركز الإستشفائي

الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء -

Casablanca, le :

17 FEB. 2024

M^{me} Bennis Nadia

66.70

Tanakan cp

3 x 1cp

99.00

Stimativ cp

80.00

1cp

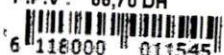
= 245.70

Gastronorm gl

3 x 1cp

LOT : 23E014
PER: 08 2026

Maphar
(Bd Alklima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca)
TANAKAN 40MG
CP PELL B30
P.P.V : 66,70 DH



6 118000 011545

LOT : 0016
PER : 07 2021
PPC : 99.00DH

LOT : 0001
PER : 03-26
PPC : 99.00DH

Ensemble Pharmaceutique
Angle Bd Ibn Tachfine et Ibn Al Adaraa El Mourakouchi Résidence Fatima Zahra II,
4ème étage - N° 12 - Casablanca (au dessus de ACIMA et BMCE)
Tél. : 0522 61 22 25 / 0522 61 22 24 - bennissihame@yahoo.fr

Angle Bd Ibn Tachfine et Ibn Al Adaraa El Mourakouchi Résidence Fatima Zahra II,
4ème étage - N° 12 - Casablanca (au dessus de ACIMA et BMCE)

Tél. : 0522 61 22 25 / 0522 61 22 24 - bennissihame@yahoo.fr

زاوية شارع ابن تاشفين و شارع ابن العدراء المراكشي، إقامة الزهراء 2 الطابق 4 رقم 12 - الدار البيضاء (فوق أسيما و BMCE)

Spécialiste en Hépto - Gastro - Entérologie

Proctologie Médico - chirurgicale

Endoscopie Digestive - Echographie

Diplômée de la Faculté de Médecine de

Casablanca

Ancien Médecin interne du CHU ibn Rochd

de Casablanca



إختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي

و أمراض الكبد

الفحص بالصدى

المنظار الداخلي

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقة بالمركز الإستشفائي

الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء -

Casablanca, le

17/02/24

Mme Bennis Nadia

Faire faire :

- ☒ NFS
- ☒ Glycémie à jeun
- ☐ Ferritinémie
- ☐ Urée sanguine
- ☐ Créatinine sanguine
- ☒ VS
- ☐ Cholestérol total
- ☒ HDL-LDL
- ☒ Triglycerides
- ☐ Na⁺/k⁺ sanguins
- ☐ Na⁺/k⁺ urinaires
- ☐ Calcémie
- ☐ Dosage de la vitamine D
- ☒ ASAT - ALAT
- ☐ Gamma GT
- ☐ Bilirubine totale - libre - conjuguée
- ☐ Phosphatases alcalines
- ☐ Lipasémie
- ☐ Taux de prothrombine
- ☐ Facteur V
- ☐ Electrophorèse des protéines
- ☐ Albuminémie
- ☒ THS
- ☐ a-foeto-protéines sériques
- ☐ T3, T4, libres
- ☐ ACE
- ☐ CA 19-9t

Dr. EL ALI Ahmed
Pharmacien Biologiste
Résidence El Mourakouchi
En Face de La Gare Casablanca Voyageurs
Tél: 0522 61 22 25 / 0522 61 22 24

- ☐ Test respiratoire à l'urée marquée
- ☐ Sérologie de l'Helicobacter Pylori
- ☐ Ac HVC
- ☐ Ag Hbs
- ☐ Ag Hbe
- ☐ Ac anti HbC
- ☐ Ac VHA
- ☐ Charge virale du VHB
- ☐ Charge virale du VHC
- ☐ Génotypage du VHC
- ☐ Fibrotest/ Actitest
- ☐ Fibromax
- ☐ Ac antimitochondries
- ☐ Ac antinucléaires
- ☐ AC Antimuscle lisse
- ☐ Ac anti KLM₁₊₂
- ☐ Ac antiglutaminases (Ig A)
- ☐ Ac anti SLA
- ☐ Examens parasitologiques
- ☐ des selles 3 jours de suite + Coproculture
- ☐ BC.B.U
- ☐ PSA prostatiques
- ☐ Recherche de sang dans les selles
- ☐ Dosage de la calprotectine fécale
- ☐ Autres :



مختبر بلقيدير للتحليلات الطبية والتناسلية

Laboratoire Belvédère d'Analyses Médicales et de Biologie de la Reproduction
Biochimie - Hématologie - Microbiologie - Immunologie - Hormonologie - Toxicologie -
Biologie de la Reproduction



Dr. EL FILALI Ahmed

الدكتور الفيلالي أحمد

Pharmacien Biologiste

Diplômé de l'UCL à Bruxelles

Ancien interne de l'hôpital Saint Luc à Bruxelles

Ancien fondateur et directeur du LABORATOIRE

DE L'EUROPE à Brest (France)

DU Médecine et Biologie De la Reproduction Paris Descartes

Examen de : **Mme Nadia BENNIS** Né(e) le : 26-11-1962

Dossier N° : 24020893 du 19-02-2024

Compte-rendu complet

HORMONOLOGIE

Roche COBAS E411-Biomérieux VIDAS

TSHus :
((ECLIA/ Cobas e411))

1.11 $\mu\text{UI/mL}$

(0.27-4.20)

Validé par : **Dr. EL FILALI AHMED**

Prélèvements à domicile sur rendez-vous : 06 61 80 29 44

Résidence Zine Al Mahaba "Angle Bd Mohammed V Place Sidi Mohamed" Belvédère - Casablanca

Tél. : 05 22 24 28 55 / 05 22 40 73 63 - Fax : 05 22 24 06 41 E-mail : labobelvedere@gmail.com

site web : www.labobelvedere.com



مختبر بلقيدير للتحليلات الطبية والتناسلية

Laboratoire Belvédère d'Analyses Médicales et de Biologie de la Reproduction
Biochimie - Hématologie - Microbiologie - Immunologie - Hormonologie - Toxicologie -
Biologie de la Reproduction



Dr. EL FILALI Ahmed

الدكتور الفيلالي أحمد

Pharmacien Biologiste

Diplômé de l'UCL à Bruxelles

Ancien interne de l'hôpital Saint Luc à Bruxelles

Ancien fondateur et directeur du LABORATOIRE

DE L'EUROPE à Brest (France)

DU Médecine et Biologie De la Reproduction Paris Descartes

Examen de : **Mme Nadia BENNIS** Né(e) le : 26-11-1962

Dossier N° : 24020893 du 19-02-2024

Compte-rendu complet

BIOCHIMIE SANGUINE

Roche COBAS C311-Diasys
RESPONS 920 - Biorad D10

Glycémie à jeun: 0.99 g/L (0.70-1.15)
(Test enzymatique photométrique GOD-PAP) 5.49 mmol/L (3.89-6.38)

08-08-2023
1.63

Cholestérol total **2.22** g/L (<2.00)
(sous-estimation possible en cas de traitement par paracétamol et N-acétylcystéine.)

08-08-2023
1.61

Triglycérides: 1.56 g/L (<2.00)
1.78 mmol/L (<2.28)

08-08-2023
0.43

Cholestérol - HDL: 0.64 g/L (>0.35)

08-08-2023
0.88

Cholestérol - LDL: 1.27 g/L (<1.60)
3.28 mmol/L (<4.13)

Objectifs du LDL cholestérol en fonction du risque cardiovasculaire (HAS2017)

Risque Faible : < 1.90 g/l
Risque modéré : < 1.30 g/l
Risque élevé : < 1g/L
Risque très élevé : < 0.70g/L

Transaminases GOT (ASAT): **43** UI/L (<31)

08-08-2023
33

Transaminases TGP (ALAT): **62** UI/L (<31)

08-08-2023
44

Validé par : Dr. EL FILALI AHMED

Prélèvements à domicile sur rendez-vous : 06 61 80 29 44

Résidence Zine Al Mahaba "Angle Bd Mohammed V Place Sidi Mohamed" Belvédère - Casablanca

Tél. : 05 22 24 28 55 / 05 22 40 73 63 - Fax : 05 22 24 06 41 E-mail : labobelvedere@gmail.com

site web : www.labobelvedere.com

LABORATOIRE BELVEDERE
Dr. EL FILALI AHMED
Pharmacien Biologiste
Rés. Zine Al Mahaba
Angle Bd Mohammed V Place Sidi Mohamed
Casablanca
Tél. : 05 22 24 28 55 / 05 22 40 73 63
Fax : 05 22 24 06 41
E-mail : labobelvedere@gmail.com
Page 2 / 3



مختبر بلقيدير للتحاليل الطبية والتناسلية

Laboratoire Belvédère d'Analyses Médicales et de Biologie de la Reproduction
Biochimie - Hématologie - Microbiologie - Immunologie - Hormonologie - Toxicologie -
Biologie de la Reproduction



Dr. EL FILALI Ahmed

الدكتور الفيلالي أحمد

Pharmacien Biologiste

Diplômé de l'UCL à Bruxelles

Ancien interne de l'hôpital Saint Luc à Bruxelles

Ancien fondateur et directeur du LABORATOIRE

DE L'EUROPE à Brest (France)

DU Médecine et Biologie De la Reproduction Paris Descartes

Dossier N° :24020893

Enregistré le: 19-02-2024 à 07:15

Prélevé le : 19-02-2024 à 08:15

Mme BENNIS Nadia

Né(e) le : 26-11-1962 (61 ans)

Dossier N° :24020893

Prescripteur : Dr SIHAM BENNIS

Compte-rendu complet Edité le : 19-02-2024 à 16:31

HEMATOCYTOLOGIE

SYSMEX XS-1000I

HEMOGRAMME

Focalisation hydrodynamique-cytométrie de flux fluorescente-Impédancemétrie.

HEMATIES:	5.46	10 ⁶ /mL	(4.00-5.00)	08-08-2023	5.49
Hémoglobine:	14.2	g/dL	(12.0-16.0)		14.3
Hématocrite:	42.4	μ ³	(37.0-46.0)		42.7
VGM:	77.7	%	(80.0-95.0)		77.8
TCMH:	26.0	pg	(27.0-32.0)		26.0
CCMH:	33.5	%	(31.0-36.0)		33.5
LEUCOCYTES:	4.620	/mm ³	(4 000-10 000)		6 230

FORMULE LEUCOCYTAIRE:

Neutrophiles	26.9 %	soit	1243 /mm ³	(2 000-7 500)	2043
Eosinophiles	4.1 %	soit	189 /mm ³	(<400)	243
Basophiles	0.6 %	soit	28 /mm ³	(<200)	19
Lymphocytes	60.2 %	soit	2 781 /mm ³	(1 500-4 500)	3458
Monocytes	8.2 %	soit	379 /mm ³	(<1 000)	467

PLAQUETTES:	226	10 ³ /mm ³	(150-400)	210
-------------	-----	----------------------------------	-----------	-----

VITESSE DE SEDIMENTATION

(Méthode de westergren)

VS 1ère heure:	9	mm	(2-21)
VS 2ème heure:	32	mm	

Validé par : Dr. EL FILALI AHMED

Prélèvements à domicile sur rendez-vous : 06 61 80 29 44

Résidence Zine Al Mahaba "Angle Bd Mohammed V Place Sidi Mohamed" Belvédère - Casablanca

Tél. : 05 22 24 28 55 / 05 22 40 73 63 - Fax : 05 22 24 06 41 E-mail : labobelvedere@gmail.com

site web : www.labobelvedere.com

مختبر بلقيدير للتحاليل الطبية والتناسلية

Laboratoire Belvédère d'Analyses Médicales et de Biologie de la Reproduction
Biochimie - Hématologie - Microbiologie - Immunologie - Hormonologie - Toxicologie -
Biologie de la Reproduction



Dr. EL FILALI Ahmed
الدكتور الفيلالي أحمد
Pharmacien Biologiste

Diplômé de l'UCL à Bruxelles
Ancien interne de l'hôpital Saint Luc à Bruxelles
Ancien fondateur et directeur du LABORATOIRE
DE L'EUROPE à Brest (France)
DU Médecine et Biologie De la Reproduction Paris Descartes

ICE: 00157364000048

IF: 18744778

TP: 32502798

CNSS: 2593574

INP: 093002764



FACTURE N° : 240200602

CASABLANCA le 19-02-2024

Mme BENNIS Nadia

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prlt sanguin	E15	E
B106	Cholestérol total	B30	B
B108	Cholestérol HDL	B50	B
B109	Cholesterol LDL	B50	B
B118	Glycémie	B30	B
B134	Triglycérides	B50	B
B146	Transaminases O (TGO)	B50	B
B147	Transaminases P (TGP)	B50	B
B163	TSH	B250	B
B216	Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes)	B80	B
B223	Vitesse de sédimentation	B30	B

Total des B : 670

TOTAL DOSSIER : 912.80DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : neuf cent douze dirham quatre-vingts centimes.

LABORATOIRE BELVÉDÈRE
Dr. EL FILALI Ahmed
Pharmacien Biologiste
Rés. Zine El Mahaba
Fr. Face de La Gare Casa Voyageurs
Tél. : 05 22 24 28 55 / 05 22 40 73 63 - Fax : 05 22 24 06 41 E-mail : labobelvedere@gmail.com
Site web : www.labobelvedere.com

Prélèvements à domicile sur rendez-vous : 06 61 80 29 44

Résidence Zine Al Mahaba "Angle Bd Mohammed V Place Sidi Mohamed" Belvédère - Casablanca

Tél. : 05 22 24 28 55 / 05 22 40 73 63 - Fax : 05 22 24 06 41 E-mail : labobelvedere@gmail.com

site web : www.labobelvedere.com