

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 canalaire, 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 canalaire.

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

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



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 0042058

NTD 14115
Counier

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2079 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Addou Miloud

Date de naissance :

Adresse : Bloc 5 N°31 Agadir

Tél. : 05.28.22.0929 Total des frais engagés : 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 :

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-042058

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 :

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

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

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- = 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.

Le 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 ou 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

OSPITALISATION EN CLINIQUE
OSPITALISATION EN HOPITAL
OSPITALISATION EN SANATORIUM OU
EVENTORIUM

JOUR EN MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
successifs comportant un ou plusieurs échelonnements
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

En cas d'actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit se présenter 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 : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 728679


A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : Adelou H. H. H.
Matricule : 0099 Fonction : Poste :
Adresse : Bloc 5 N° 31 Agadir
Tél. : 0528.22.09.29 Signature Adhérent : Adelou

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : KAZMOU NI Khadija Age 58
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : 14/11/19
Nature de la maladie : Asthénie - Asthme
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A Agadir le 14/11/19 Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois INPE 04/009306

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
14/11/19	C	1		
19/11/19	C	1		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19.11.2019	62.70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	19/11/19	2 1120	880.000

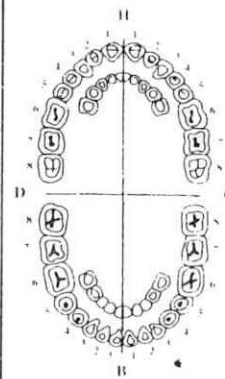
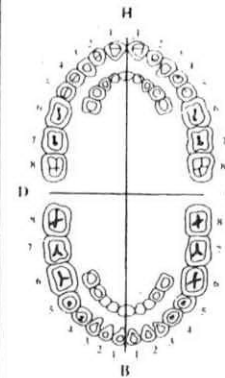
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canala ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANT 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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 00000000 11433553 B </div> <div> G </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT 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'EXEC

ORDONNANCE

Agadir Le : 18/11/18

KAZMouni Khadija

20190x3

UHQ Bion

A.S

NA p/m

T 6270

23 may

PHARMACIE
DR. KSIKES Ahmed
304, N°2 Agadir 22.09.74
Tel : 05.28.22.09.74

الطبيبة جيلة عازي
Docteur Jmila AZMY
Médecine Générale
Médecin Chef
C. 1 Agadir Agadir

VITAMINE D3 B.O.N.[®]

200 000 UI/1 ml

Cholécalférol

Solution injectable IM en ampoule

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

COMPOSITION

Cholécalférol (vitamine D3) 200 000 UI
Excipient : triglycérides à chaîne moyenne q.s.
pour 1 ampoule.

FORME PHARMACEUTIQUE

Solution injectable en ampoule de 1 ml.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

VITAMINE D.

NOM ET ADRESSE DU TITULAIRE

DE LA DÉCISION D'ENREGISTREMENT

BOUCHARA-RECORDATI

70, avenue du Général de Gaulle

92800 PUTEAUX - FRANCE.

NOM ET ADRESSE DU FABRICANT

HAUPT PHARMA LIVRON

26250 LIVRON - FRANCE

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament contient de la vitamine D₃ qui permet la fixation osseuse du calcium.

Il est indiqué dans la prévention et le traitement des carences en vitamine D.

ATTENTION !

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :

- allergie à l'un des constituants, notamment à la vitamine D,
- hypercalcémie (taux anormalement élevé de calcium dans le sang),
- hypercalciurie (taux anormalement élevé de calcium dans les urines),
- lithiase calcique (calcul rénal).

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPECIALES

Afin d'éviter un surdosage en vitamine D, prévenir votre médecin en cas d'association avec un traitement contenant déjà cette vitamine.

En cas d'administration de fortes doses et répétées de vitamine D, ou en cas d'association avec des fortes doses de calcium, il est nécessaire de surveiller le taux de calcium dans le sang et les urines.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

EN CAS DE
DEMANDER L'
VOTRE PHARM

INTERACTION

AUTRES INTE

AFIN D'EVITER

ENTRE PLUSIEURS

MEDICAMENTS IL FAUT

SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE

TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU

A VOTRE PHARMACIEN.

GROSSESSE - ALLAITEMENT

En cas de besoin, ce médicament peut être

prescrit pendant la grossesse ou l'allaitement.

Il convient, cependant, de demander l'avis de votre

médecin ou de votre pharmacien avant de prendre

un médicament.

COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?

POSOLOGIE

Dans tous les cas, se conformer à l'avis de votre médecin.

Les posologies usuelles sont les suivantes :

En prévention :

Chez le nourrisson recevant un lait enrichi en vitamine D : 1/2 ampoule (soit 100 000 UI) tous les 6 mois.

Chez le nourrisson allaité ou ne recevant pas de lait enrichi en Vitamine D et chez l'enfant jeune jusqu'à 5 ans : 1 ampoule (soit 200 000 UI) tous les 6 mois.

Chez l'adolescent : 1 ampoule (soit 200 000 UI) tous les 6 mois en période hivernale.

Chez la femme enceinte : 1/2 ampoule (soit 100 000 UI) au 6^{ème} ou 7^{ème} mois de grossesse.

Chez le sujet âgé : 1/2 ampoule (soit 100 000 UI) tous les 3 mois.

En cas de pathologie digestive, de traitement anticonvulsivant ou autres conditions particulières décrites ci-dessus : se conformer à la prescription médicale.

Traitement de la carence en vitamine D :

1 ampoule (soit 200 000 UI) éventuellement répétée une fois après 1 à 6 mois.

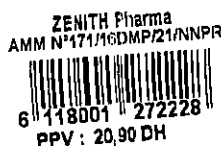
CE MEDICAMENT VOUS A ETE PERSONNELLEMENT DELIVRE DANS UNE SITUATION PRECISE :

- IL PEUT NE PAS ETRE ADAPTE A UN AUTRE CAS.

- NE PAS LE CONSEILLER A UNE AUTRE PERSONNE.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

Voie IM. L'ampoule peut être également administrée par voie orale.



ER A
U DE

VITAMINE D3 B.O.N.[®]

200 000 UI/1 ml

Cholécalficérol

Solution injectable IM en ampoule

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

COMPOSITION

Cholécalficérol (vitamine D3) 200 000 UI
Excipient : triglycérides à chaîne moyenne q.s.
pour 1 ampoule.

FORME PHARMACEUTIQUE

Solution injectable en ampoule de 1 ml.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

VITAMINE D.

NOM ET ADRESSE DU TITULAIRE

DE LA DÉCISION D'ENREGISTREMENT

BOUCHARA-RECORDATI

70, avenue du Général de Gaulle

92800 PUTEAUX - FRANCE

NOM ET ADRESSE DU FABRICANT

HAUPT PHARMA LIVRON

26250 LIVRON - FRANCE

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament contient de la vitamine D₃ qui permet la fixation osseuse du calcium.

Il est indiqué dans la prévention et le traitement des carences en vitamine D.

ATTENTION !

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :

- allergie à l'un des constituants, notamment à la vitamine D,
- hypercalcémie (taux anormalement élevé de calcium dans le sang),
- hypercalciurie (taux anormalement élevé de calcium dans les urines),
- lithiase calcique (calcul rénal).

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPECIALES

Afin d'éviter un surdosage en vitamine D, prévenir votre médecin en cas d'association avec un traitement contenant déjà cette vitamine.

En cas d'administration de fortes doses et répétées de vitamine D, ou en cas d'association avec des fortes doses de calcium, il est nécessaire de surveiller le taux de calcium dans le sang et les urines.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

EN CAS DE
DEMANDER L'
VOTRE PHARM

INTERACTION

AUTRES INTE

AFIN D'EVITER

ENTRE PLUSIEURS

MEDICAMENTS IL FAUT

SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE

TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU

A VOTRE PHARMACIEN.

GROSSESSE - ALLAITEMENT

En cas de besoin, ce médicament peut être

prescrit pendant la grossesse ou l'allaitement.

Il convient, cependant, de demander l'avis de votre

médecin ou de votre pharmacien avant de prendre

un médicament.

COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?

POSOLOGIE

Dans tous les cas, se conformer à l'avis de votre médecin.

Les posologies usuelles sont les suivantes :

En prévention :

Chez le nourrisson recevant un lait enrichi en vitamine D : 1/2 ampoule (soit 100 000 UI) tous les 6 mois.

Chez le nourrisson allaité ou ne recevant pas de lait enrichi en Vitamine D et chez l'enfant jeune jusqu'à 5 ans : 1 ampoule (soit 200 000 UI) tous les 6 mois.

Chez l'adolescent : 1 ampoule (soit 200 000 UI) tous les 6 mois en période hivernale.

Chez la femme enceinte : 1/2 ampoule (soit 100 000 UI) au 6^{ème} ou 7^{ème} mois de grossesse.

Chez le sujet âgé : 1/2 ampoule (soit 100 000 UI) tous les 3 mois.

En cas de pathologie digestive, de traitement anticonvulsivant ou autres conditions particulières décrites ci-dessus : se conformer à la prescription médicale.

Traitement de la carence en vitamine D :

1 ampoule (soit 200 000 UI) éventuellement répétée une fois après 1 à 6 mois.

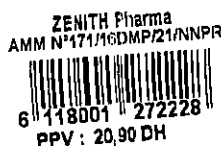
CE MEDICAMENT VOUS A ETE PERSONNELLEMENT DELIVRE DANS UNE SITUATION PRECISE :

- IL PEUT NE PAS ETRE ADAPTE A UN AUTRE CAS.

- NE PAS LE CONSEILLER A UNE AUTRE PERSONNE.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

Voie IM. L'ampoule peut être également administrée par voie orale.



ER A
U DE

VITAMINE D3 B.O.N.[®]

200 000 UI/1 ml

Cholécalférol

Solution injectable IM en ampoule

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

COMPOSITION

Cholécalférol (vitamine D3) 200 000 UI
Excipient : triglycérides à chaîne moyenne q.s.
pour 1 ampoule.

FORME PHARMACEUTIQUE

Solution injectable en ampoule de 1 ml.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

VITAMINE D.

NOM ET ADRESSE DU TITULAIRE

DE LA DÉCISION D'ENREGISTREMENT

BOUCHARA-RECORDATI

70, avenue du Général de Gaulle

92800 PUTEAUX - FRANCE.

NOM ET ADRESSE DU FABRICANT

HAUPT PHARMA LIVRON

26250 LIVRON - FRANCE

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament contient de la vitamine D₃ qui permet la fixation osseuse du calcium.

Il est indiqué dans la prévention et le traitement des carences en vitamine D.

ATTENTION !

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- allergie à l'un des constituants, notamment à la vitamine D,
- hypercalcémie (taux anormalement élevé de calcium dans le sang),
- hypercalciurie (taux anormalement élevé de calcium dans les urines),
- lithiase calcique (calcul rénal).

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPECIALES

Afin d'éviter un surdosage en vitamine D, prévenir votre médecin en cas d'association avec un traitement contenant déjà cette vitamine.

En cas d'administration de fortes doses et répétées de vitamine D, ou en cas d'association avec des fortes doses de calcium, il est nécessaire de surveiller le taux de calcium dans le sang et les urines.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

EN CAS DE
DEMANDER L'
VOTRE PHARM

INTERACTION

AUTRES INTE

AFIN D'EVITER

ENTRE PLUSIEURS

MEDICAMENTS IL FAUT

SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE

TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU

A VOTRE PHARMACIEN.

GROSSESSE - ALLAITEMENT

En cas de besoin, ce médicament peut être

prescrit pendant la grossesse ou l'allaitement.

Il convient, cependant, de demander l'avis de votre

médecin ou de votre pharmacien avant de prendre

un médicament.

COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?

POSOLOGIE

Dans tous les cas, se conformer à l'avis de votre médecin.

Les posologies usuelles sont les suivantes :

En prévention :

Chez le nourrisson recevant un lait enrichi en vitamine D : 1/2 ampoule (soit 100 000 UI) tous les 6 mois.

Chez le nourrisson allaité ou ne recevant pas de lait enrichi en Vitamine D et chez l'enfant jeune jusqu'à 5 ans : 1 ampoule (soit 200 000 UI) tous les 6 mois.

Chez l'adolescent : 1 ampoule (soit 200 000 UI) tous les 6 mois en période hivernale.

Chez la femme enceinte : 1/2 ampoule (soit 100 000 UI) au 6^{ème} ou 7^{ème} mois de grossesse.

Chez le sujet âgé : 1/2 ampoule (soit 100 000 UI) tous les 3 mois.

En cas de pathologie digestive, de traitement anticonvulsivant ou autres conditions particulières décrites ci-dessus : se conformer à la prescription médicale.

Traitement de la carence en vitamine D :

1 ampoule (soit 200 000 UI) éventuellement répétée une fois après 1 à 6 mois.

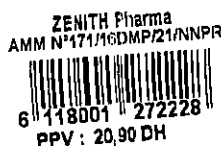
CE MEDICAMENT VOUS A ETE PERSONNELLEMENT DELIVRE DANS UNE SITUATION PRECISE :

- IL PEUT NE PAS ETRE ADAPTE A UN AUTRE CAS.

- NE PAS LE CONSEILLER A UNE AUTRE PERSONNE.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

Voie IM. L'ampoule peut être également administrée par voie orale.



ER A
U DE

Le : 14/11/15

Le : 14/11/15

Nom/Prénom : Katouni Khachig

Age :

Sexe : H ☐ F ☒

- ☒ NFS
- ☒ Plaquettes
- ☐ VS
- ☒ CRP
- ☐ Hémoculture

- ☒ Cholestérol total
- ☒ Cholestérol HDL
- ☒ Cholestérol LDL
- ☒ Triglycérides

☐ ABO

☐ Rhésus

☐ RAI

☐ Fer Sérique
☐ CTF
☐ Ferritine
☐ Transferrine

- ☐ Amylasémie
- ☐ Bilirubine libre et conjuguée
- ☐ Phosphatases acide
- ☐ Phosphatases alcalines
- ☐ Lactate Déshydrogénase LDH
- ☐ Transaminases ASAT, ALAT
- ☐ Gamma-GT
- ☐ 5'Nucleotidase
- ☐ CPK (Créatine Phosphokinase)
- ☐ Troponine
- ☐ Electrophorèse des protéines
- ☐ BNP

☐ VDRL-TRHA
☐ Hépatite B
 ☐ Antigène Hbs
 ☐ Anticorps Anti-Hbs
 ☐ Anticorps Anti-Hbc
 ☐ Anticorps Anti-Hbe
☐ Hépatite C
 ☐ Anticorps Anti-HVC

☐ Temps de Prothrombine
☐ TCK
☐ Fibrinogène
☐ INR

- ☐ Glycémie à jeun
- ☐ Hyperglycémie par VO
- ☐ Hémoglobine glyquée

☐ NA+
☒ K+
☐ Cl+
☐ Ca++
☐ Phosphore
☐ Mg++
☐ Bicarbonates (HCO_3^-)
☒ Urée
☒ Créatinine
☐ Acide urique

☐ Ca++
☐ Phosphore
☐ Na+
☐ K+
☐ Cl+
☐ Urée
☐ Cratnine

☐ Protéinurie des 24h

☐ ECBU

☐ Antibiotogramme

☒ Facteur Rhumatoïde :
☐ (Latex, Waaler Rose)
☐ Anticorps anti-nucléaires
☐ Anticorps Anti-DNA natif
☐ ASLO
☐ Dosage du Complément

Autre :

Prochain rendez-vous le



Prélèvement du : 19/11/2019 à 08:09

Résultats édités le: 19/11/2019



MME EL KAZMOUNI KHADIJA

Dossier N° 19K463

Prescripteur: Docteur AZMY JAMILA

Page: 1/3

HEMOGRAMME
(Automate Sysmex XN-350)

NUMERATION SANGUINE

Valeurs de référence

GLOBULES BLANCS.....	6 700	/mm ³	4 000 à 10 000
GLOBULES ROUGES.....	4,61	M/mm ³	3,8 à 5,4
HEMOGLOBINE.....	13,0	g/dL	12 à 16
HEMATOCRITE.....	39,9	%	37 à 47
VGM.....	86,6	μ ³	82 à 98
TCMH.....	28,2	pg	27 à 33
CCMH.....	32,6	g/dL	32 à 36
PLAQUETTES.....	250	10 ³ /mm ³	150 à 400

FORMULE LEUCOCYTAIRE

POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES.	46,7	%	
Soit	3 129	/mm ³	1 800 à 7 500
POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES.....	1,3	%	
Soit	87	/mm ³	0 à 500
POLYNUCLEAIRES BASOPHILES.....	0,6	%	
Soit	40	/mm ³	0 à 100
LYMPHOCYTES.....	44,5	%	
Soit	2 982	/mm ³	1 000 à 4 500
MONOCYTES.....	6,9	%	
Soit	462	/mm ³	200 à 1 000

VITESSE DE SEDIMENTATION

1ère Heure.....	25	mm	(*)	Inf à 8 mm
2ème Heure.....	52	mm	(*)	Inf à 20 mm

Signature:
Labo ELASRI
D'analyses
Dr. Omar El ASRI
Tél: 05 28 234 235 - Fax: 05 28 234 236
E-mail: laboel@laposte.fr



Prélèvement du : 19/11/2019 à 08:09

Résultats édités le: 19/11/2019



MME EL KAZMOUNI KHADIJA

Dossier N° 19K463

Prescripteur: Docteur AZMY JAMILA

Page: 2/3

BIOCHIMIE SANGUINE
(Sur Automate INDIKO PLUS)

UREE.....	0,25	g/l	0,13 à 0,43
	4,15	mmol/l	2,16 à 7,14
CREATININE.....	7,90	mg/l	5,00 à 12,00 mg/l
	69,92	μmol/l	44,25 à 106,20 μmol/l
SODIUM.....	145,00	mEq/l	136,00 à 145,00
POTASSIUM.....	4,00	mEq/l	3,50 à 5,10 mEq/l
CHLORE.....	105	mEq/l	98 à 107 mEq/l
CALCIUM.....	100,00	mg/l	86,00 à 103,00 mg/l
	2,50	mmol/l	2,15 à 2,58 mmol/l
CHOLESTEROL TOTAL.....	2,84	g/l (*)	Inf à 2,00 g/l
	7,33	mmol/l	Inf à 5,16 mmol/l

RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES (Classification ATP III)

Inf à 2 g/l	: Souhaitable
2 - 2,4 g/l	: A surveiller
Sup à 2,4 g/l	: Risque élevé

CHOLESTEROL HDL.....	0,65	g/l	Sup à 0,40 g/l
	1,68	mmol/l	Sup à 1.03 mmol/l
CHOLESTEROL LDL.....	1,87	g/l (*)	Inf à 1,60 g/l
	4,82	mmol/l	Inf à 4,13 mmol/l
TRIGLYCERIDES.....	1,59	g/l (*)	Inf à 1,50 g/l
	1,81	mmol/l	Inf à 1,71 mmol/l



Prélèvement du : 19/11/2019 à 08:09

Résultats édités le: 19/11/2019



MME EL KAZMOUNI KHADIJA

Dossier N° 19K463

Prescripteur: Docteur AZMY JAMILA

Page: 3/3

CRP : C-REACTIVE PROTEINE: 3,4

mg/l

Inf à 5,00 mg/l

HORMONES SANGUINES

VITAMINES D : D2 + D3.....: 26,91

ng/ml

Interprétation:

< à 20 ng/ml : Déficient

20 à 30 ng/ml : Insuffisant

30 à 100 ng/ml : Normal

> à 100 ng/ml : Potentiellement toxique

IMMUNOLOGIE SPECIFIQUE

FACTEURS RHUMATOIDES.....: 4,98

UI/ml

Inf ou égale à 14,00 UI/ml

(Turbidimétrie)

Total de pages: 3

Labo ELASRI

LABO ELASRI
D'analyses médicales
Dr. Omar ELASRI
05 28 234 235 - Fax: 05 28 234 236
laboel@orange.fr



FACTURE: 5523/2019

AGADIR le

Nom et prénom

Référence

Médecin prescripteur

19/11/2019

MME EL KAZMOUNI KHADIJA

19K463

Docteur AZMY JAMILA

Acte de biologie demandé	Cotation (B)
NFS.HEMOGRAMME	80
VS.VITESSE DE SEDIMENTATION	30
CRP.C- REACTIVE PROTEINE	100
CHOLESTEROL TOTAL	30
TRIGLYCERIDES	60
CHOLESTEROL HDL	50
LDL,CHOLESTEROL LDL	50
FACTEURS RHUMATOIDES	100
VITAMINE D 25 HYDROXY-CHOLECALCIFEROL D2 + D3	450
POTASSIUM SERIQUE (KALIEMIE, K)	30
SODIUM SERIQUE (NATREMIE, NA)	30
CHLORE SERIQUE(CHLOREMIE, CL)	30
CALCIUM SERIQUE (CALCEMIE, CA)	30
UREE (AZOTEMIE, UREMIE)	30
CREATININE SERIQUE	30
Total du (B)	B 1130
Prise de sang (PC)	15,00 DH
Montant en DH	880,00 DH

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de: **HUIT CENT QUATRE-VINGT DIRHAMS**

INP : 043062280
IF : 20761113
ICE : 001913045000091

Labo ELASRI
D'analyses Médicales
Docteur El ASRI
Tél : 05 28 234 235 - Fax : 05 28 234 236
E-mail : laboelaser@gmail.com