

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



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

Déclaration de Maladie

N° P19-0037232

35891

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03438 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :

Nom & Prénom : LATIFINE MUSTAPHA -

Date de naissance : 01-01-1981 -

Adresse : JAMILAH RUE 84 N° 80 Casablanca

Tél : 0661315358 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : FALAH ATIKA Age : 55 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : diabète

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 : 30/03/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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.

Biologie 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.

Éducation :

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 canaux, 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 canaux.

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


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
22/01/2020	Cs		300,00 dhs	 <p>Dr. Malika Souissi Médecin Néphrologue Centre des Maladies du Rein Cité Dialyse Belle Vue INPE : 090062845 Tél : 0522 78 07 62</p>
31/01/2020	C		G	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/01/2020	121,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 <p>LABORATOIRE SBATA Vendredi 07 Août 2020 Lettre d'orientation : 8 720 Montant Facturé : 650,25 dhs</p>			

AUXILIAIRES MEDICAUX

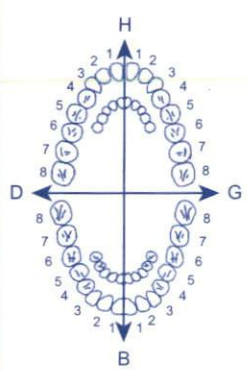
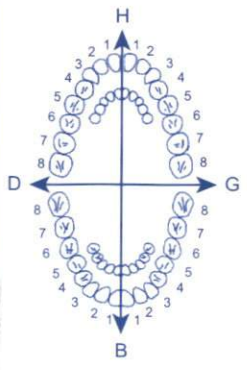
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
				MONTANTS DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS																					
				DATE DU DEVIS																					
			DATE DE L'EXECUTION																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مرکز أمراض الكلي و تصفية الدم المنضر الجمیل **CENTRE DES MALADIES DU REIN ET DE DIALYSE BELLE VUE**

Dr. Souiri Malika

Spécialiste des Maladies des Reins et Dialyse

CU d'Oxyologie - Médecine d'Urgence

CU d'Echographie Générale

Ancienne Interne des Hôpitaux de Grenoble



د. الصوري مليكة

أخصائية في أمراض الكلي و تصفية الدم

شهادة جامعية في الطب الإستعجالي

شهادة جامعية في الفحص بالصدى

طبية داخلية سابقا بمستشفيات غرونوبل بفرنسا

INPE CENTRE



090062845

INPE



091197319

Ordonnance

Casablanca, le

20/07/2020

Dr. Fadel Attia

27.50

- sporan cp

1 cp x 3 j

ph 5 jours

40.60

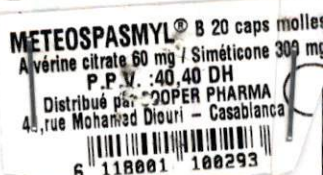
Meteospasmyl gelule

1 gel x 2 j ph 5 jours

53.10

- Relaxoc cp 30mg

1 cp x 3 j ph 6 jours



صيدلية النجاح
PHARMACIE EN-NAJAH
HEMODIALYSE BELLE VUE
 Lot 161, Lotissement Belle Vue, Sidi Maarouf, Casablanca - Maroc
 Tél.: 05 22 78 07 62 - Fax: 05 22 97 42 54 - E-mail: dialysebellevue@gmail.com
 INPE: 091197319 - INP CENTRE: 090062845 - ICE: 000106579000066 - IF: 15265631

Dr. Malika Souiri
 Médecin Néphrologue
 Centre des Maladies du Rein
 Centre de Dialyse Belle Vue
 091197319 - INPE Centre : 090062845
 Tél: 05 22 78 07 62

Spasfon® 80 mg
Comprimé enrobé
Phloroglucinol/Triméthylphloroglucinol



2750

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

COMPOSITION :

Phloroglucinol hydraté 80,000 mg
Quantité correspondant en Phloroglucinol anhydre ... 62,233 mg
Triméthylphloroglucinol 80 mg
Pour un comprimé enrobé

Les autres composants sont : lactose monohydraté, saccharose, acétate de polyvinyle, amidon de blé, acide stéarique, stéarate de magnésium, talc, gomme arabique, gélatine, dioxyde de titane (E 171), érythrosine (E127), cire de carnauba.

Excipients à effet notoire : lactose, amidon de blé, saccharose

FORME ET PRESENTATION :

Comprimé enrobé Boîte de 30

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE :
ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE

(A : appareil digestif et métabolisme)
(G : système génito-urinaire)

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Ce médicament est indiqué dans le traitement des douleurs spasmodiques de l'intestin, des voies biliaires, de la vessie et de l'utérus.

CONTRE-INDICATIONS :

- Ne prenez jamais Spasfon®, comprimé enrobé :
- en cas d'allergie à l'un des composants.
- en cas d'intolérance ou d'allergie au gluten, en raison de présence d'amidon de blé (gluten).

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

MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS D'EMPLOI:

Mises en garde

En raison de présence de saccharose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas d'intolérance au fructose, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en sucrase-isomaltase (maladies métaboliques rares).

En raison de la présence de lactose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas de galactosémie, de syndrome de malabsorption du glucose et galactose ou de déficit en lactase (maladies métaboliques rares). L'association de phloroglucinol avec des antalgiques majeurs tels que la morphine ou ses dérivés doit être évitée en raison de leur effet spasmogène.

Précautions d'emploi

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS AVEC D'AUTRES

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT :

L'utilisation de ce médicament, ne doit être envisagée au cours de la grossesse que si nécessaire.

L'administration de ce médicament est déconseillée chez la femme qui allaite.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION:

Veillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les instructions de cette notice ou les indications de votre médecin ou pharmacien. Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.

Spasfon® est un traitement symptomatique. La durée du traitement est variable en fonction de l'indication. Si les symptômes persistent, consultez votre médecin.

Posologie

Chez l'adulte :

Prendre 2 comprimés par prise, trois fois par jour, en respectant un intervalle minimum de 2 heures entre chaque prise sans dépasser 6 comprimés par 24 heures.

Les comprimés pourront prendre le relais d'un traitement d'attaque sous forme injectable, à la posologie maximale de 6 comprimés par 24 heures.

Utilisation chez les enfants

Cette présentation n'est pas adaptée aux enfants de moins de 6 ans.

Chez l'enfant de plus de 6 ans : 1 comprimé par prise, deux fois par jour, en respectant un intervalle minimum de 2 heures entre chaque prise sans dépasser 2 comprimés par 24 heures.

Chez l'enfant de plus de 6 ans, il conviendra de s'assurer que les comprimés peuvent être avalés sinon une autre forme sera préférée.

Mode et voie d'administration

Voie orale.

Les comprimés doivent être avalés avec un verre d'eau.

EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS

Comme tous les médicaments, **Spasfon®**, comprimé enrobé est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet :

- Manifestations cutanéo-muqueuses et allergiques : éruption, rarement urticaire, exceptionnellement œdème de Quincke, hypotension artérielle, choc anaphylactique.

Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si certains effets indésirables deviennent graves, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

CONDITIONS DE CONSERVATION :

Aucune condition particulière de conservation

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

Ne pas utiliser **Spasfon®**, comprimé enrobé après la date de péremption mentionnée sur la boîte.

Date de la notice : Janvier 2018

رولاكسول[®] 500 ملغ/2 ملغ

باراسيتامول/ثيوكوليشيكوزيد

أقراص

خط
إلى
سوف
للح
تُخذ
قبل

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20

P.P.V : 53DH10



LOT : 19E009
PER: 10 2022

على المولود. يجب التحذير
ل والمخاطر المحتملة

رى تحتوي على

باراسيتامول.

تتاول الباراسيتامول يمكن أن يسبب اضطرابات وظائف الكبد.
خطر الكلى. • إذا كان وزنه يقل عن 50 كغ. • إذا كنت تعاني من مرض كبدى أو مرض
خطر الكلى. • إذا كنت تستهلك الكحول كثيرا أو توقفت عن استهلاك الكحول مؤخرا.
إذا كنت تعاني من فقدان الماء من الجسم. • إذا كنت تعاني مثلا من سوء التغذية المزمن.
إذا كنت في فترة الصوم. إذا فقدت الكثير من الوزن مؤخرا. إذا كان سنك يفوق 75 سنة أو
يفوق 65 سنة وتعالني من أمراض طويلة الأمد. إذا كنت مصابا بفيروس نقص المناعة البشرية
أو التهاب الكبد الفيروسي المزمن. إذا كنت تعاني من التليف الكبدي (مرض جيني وراثي
يتسم خاصة بإصابات تنفسية خطيرة). أو إذا كنت مصابا بمرض جيلير (مرض وراثي مقترن
بارتفاع بيليروبين في الدم).

ينصح بعدم استهلاك المشروبات الكحولية خلال العلاج.

في حالة انقطاع حديث العهد عن الإدمان المزمن على الكحول، يتزايد خطر الإصابة الكبدية
في حالة التهاب الكبد الفيروسي الحاد. توقف عن العلاج واستشر الطبيب.
في حالة مشكلة التغذية (سوء التغذية) أو فقدان الماء من الجسم، يجب تناول رولاكسول،
أقراص بكل حذر

الأطفال والمراهقون: لا تستعمل هذا الدواء لدى الأطفال أو المراهقين دون 16 سنة لأسباب
السلامة

في حالة الشك، لا تتردد في استشارة الطبيب أو الصيدلي.
تناول أو استعمال أدوية أخرى: يبلغ أنك تتناول هذا الدواء إذا وصف لك الطبيب تحليل
نسبة الحمض اليوريك في الدم أو نسبة السكر في الدم.

لا تتناول أدوية أخرى تحتوي على باراسيتامول. قد تتعرض لخطر جرعة مفرطة.
إذا كنت تتبع علاجاً مضاداً لتشنج الدم عن طريق الفم (وإفارين أو مضاد فيتامين K)، فإن

تناول باراسيتامول بالجرعات القصوى (4 غ/ع) لأكثر من 4 أيام يتطلب مراقبة مشددة
للتحاليل البيولوجية بما فيها خاصة النسبة القياسية الدولية. في هذه الحالة، استشر الطبيب
قد تتناقص فعالية باراسيتامول إذا كنت تتناول في نفس الوقت الارتفاعات المخيلية. دواء
يخفض نسبة الكولسترول في الدم (أحترم فاصلا زمنيا لأكثر من ساعتين بين كل جرعتين).
إذا حصلت في نفس الوقت على باراسيتامول وعلاج بفلوكلوكساسولين (مضاد حيوي). قد
تتأثر بالمعانة من حياض أنثوي (حوصلة عالية في الدم بسبب تفرع معدل التنفس).
قد يتزايد تسمم باراسيتامول إذا كنت تتناول:

• أدوية من المحتمل أن تكون سامة للكبد. • أدوية تحفز إنتاج الأيض السام لباراسيتامول
مثل الأدوية المضادة للصرع (فيتوبيراليت، فينتويتين، كاربامازيبين، توبرامات). •
ريغامييسين (مضاد حيوي). • في نفس الوقت مع الكحول.
أخبر الطبيب أو الصيدلي إذا كنت تتناول أو تناولت مؤخرا أو قد تتناول أي دواء آخر.
قد يزيد رولاكسول من الطابع السام لكولورامينيكول.

الحمل والرضاعة والخصوبة

لا تتناول هذا الدواء: • إذا كنت حاملا. قد تصبحين حاملا أو تعتقدين أنك حامل. • إذا
كنت من النساء في سن الإنجاب ولا تستعملين وسيلة لمنع الحمل.
هذا الدواء قد يعرض المولود للخطر. لا تتناولي هذا الدواء إذا كنت ترضعين، لأنه ينتقل إلى

يرجى الإطلاع بانتباه على هذه النشرة بأكملها قبل استعمال هذا الدواء.

• احتفظ بهذه النشرة، قد تحتاج إلى قراءتها من جديد. • إذا كان لديك أي سؤال آخر.
إذا كان لديك شك، اطلب المزيد من المعلومات من الطبيب أو الصيدلي. • لقد تم وصف
هذا الدواء لك بشكل شخصي. لا تقم بإعطائه لشخص آخر، حتى في حال وجود أعراض
مشابهة، لأنك قد تسبب الضرر له. • إذا أصبح أحد التأثيرات غير المرغوب فيها خطرا أو
لاحظت أي تأثير غير مرغوب فيه لم يذكر في هذه النشرة، أخبر الطبيب أو الصيدلي.

1. ما هو رولاكسول وما هي الحالات التي يجب استعماله فيها؟

يوصف هذا الدواء في علاج تكلمي لتقلصات العضلية المألوفة في الأمراض المصلي لدى
البالغين والمراهقين ابتداء من 16 سنة.

2. ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل تناول رولاكسول؟

لا تتناول أبدا رولاكسول في الحالات التالية: • إذا كانت لديك حساسية لثيوكوليشيكوزيد
وأو باراسيتامول أو لأحد المكونات الأخرى للدواء (المذكورة في الفقرة 6). • إذا كنت حاملا
أو قد تصبحين حاملا أو تعتقدين أنك حامل. • إذا كنت من النساء في سن الإنجاب لا
تستعملين وسيلة لمنع الحمل. • إذا كنت ترضعين. • قصور كبدى خلوي أو مرض خطير في
الكبد. • لدى الأطفال دون 16 سنة.

في حالة الشك، من الضروري استشارة الطبيب أو الصيدلي.

يجب الانتباه عند استعمال رولاكسول:

احتياطات استعمال الخاصة: يستعمل بحيط في حالة سوابق الصرع أو الاختلاجات.
يتطلب ظهور نوبة اختلاجية توقف العلاج.
في حالة جرعة مفرطة أو تناول جرعة جد مرتفعة عن طريق الخطأ، استشر الطبيب على
الفور.

يحتوي هذا الدواء على باراسيتامول. كما تحتوي عليه أدوية أخرى. تأكد من أنك لا
تناول أدوية أخرى تحتوي على باراسيتامول، بما في ذلك إذا كانت أدوية بدون وصفة
طبية.
لا تجمع بينها حتى لا تتجاوز الجرعة اليومية الممنوحة بها (انظر فقرة "الجرعات").

تحذيرات خاصة: في حالة الإسهال، أخبر الطبيب الذي قد يعيد ضبط الجرعات.

في حالة الألم المعقدة، شئان، قىء، أخبر الطبيب.

أحترم تماما جرعات ومدة العلاج الموصوفة في الفقرة 3. يجب عدم استعمال هذا الدواء
بجرعة أكبر (أي 8 أقراص من رولاكسول) أو لمدة تتجاوز 7 أيام. وذلك لأن المواد المكونة في
جسمك عندما تتناول ثيوكوليشيكوزيد بجرعات مرتفعة قد تسبب في إصابات في بعض
الخلايا (عدد غير عادي من الصبغيات). وتمت البرهنة على ذلك خلال دراسات لدى
الحيوانات والدراسات في المختبر. لدى الإنسان، يعتبر هذا النوع من الإصابات الخلوية عامل

مركز أمراض الكلى و تصفية الدم المنضر الجميل

CENTRE DES MALADIES DU REIN ET DE DIALYSE **BELLE VUE**

Dr. Souiri Malika

Spécialiste des Maladies des Reins et Dialyse

CU d'Oxylogie - Médecine d'Urgence

CU d'Echographie Générale

Ancienne Interne des Hôpitaux de Grenoble



INPE CENTRE



090062845

Ordonnance

د. الصوري مليكة

أخصائية في أمراض الكلى و تصفية الدم

شهادة جامعية في الطب الإستعجالي

شهادة جامعية في الفحص بالصدى

طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات غرونوبل بفرنسا

INPE



091197319

Casablanca, le

Hm fahh Ati he

31/09/2020

- Xenid mppp 10mg

1 mppp 10 mg 5 jours

Dr. Malika Souiri
Médecin Néphrologue
Centre des Maladies du Rein
& de Dialyse Belle Vue
Belle Vue - Casablanca
Tél: 0522 78 07 62
Fax: 0522 78 07 63

HEMODIALYSE BELLE VUE : Lot 161, Lotissement Belle Vue, Sidi Maarouf, Casablanca - Maroc

Tél.: 05 22 78 07 62 - Fax: 05 22 97 42 54 - E-mail: dialysebellevue@gmail.com

INPE: 091197319 - INPE CENTRE: 090062845 - ICE: 000106579000066 - IF: 15265631

مرکز أمراض الكلي و تصفية الدم المنظر الجميل

CENTRE DES MALADIES DU REIN ET DE DIALYSE **BELLE VUE**

Dr. Souiri Malika

Spécialiste des Maladies des Reins et Dialyse

CU d'Oxylogie - Médecine d'Urgence

CU d'Echographie Générale

Ancienne Interne des Hôpitaux de Grenoble



د. الصوري مليكة

أخصائية في أمراض الكلي و تصفية الدم

شهادة جامعية في الطب الإستعجالي

شهادة جامعية في الفحص بالصدى

طبية داخلية سابقاً بمستشفيات غرونوبل بفرنسا

INPE CENTRE



090062845

INPE



091197319

Ordonnance

Casablanca, le

Handwritten signature: H. Souiri Malika

- uree - creatinine
- Dosage sanguin - Hb glycosylé
- Acide urique - NFS - CRP
- EUBV.

LABORATOIRE SCATA

Mme FALAH
29-04-1995

2008070008

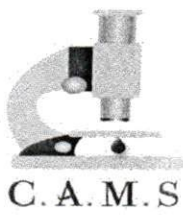
ORDONNANCE

Dr. Malika Souiri
Médecin Néphrologue
Centre des Maladies du Rein
et de Dialyse Belle Vue
INPE : 091197319 - INPE Centre : 090062845
Tél : 05 22 78 07 62

HEMODIALYSE BELLE VUE : Lot 161, Lotissement Belle Vue, Sidi Maarouf, Casablanca - Maroc

Tél.: 05 22 78 07 62 - Fax : 05 22 97 42 54 - E-mail : dialysebellevue@gmail.com

INPE : 091197319 - INP CENTRE : 090062845 - ICE : 000106579000066 - IF : 15265631



مركز التحاليل الطبية سباتة
CENTRE D'ANALYSES MEDICALES SBATA

Docteur Abdelwahab AL FATH
Médecin Biologiste

الدكتور عبد الوهاب الفتح
طبيب مخبري

642، شارع إدريس الحارثي - سباتة - البيضاء - 05 22 38 02 60 - 05 22 55 28 07 - I.F N° : 2660162 - CNSS N° : 6771086 - R.C. N° : 131577
Patente N° : 33990016 - E-mail : laboratoire.sbata@gmail.com

ICE : 000192003000084

FACTURE N° : 200807-0008

Mme Atika FALAH

Prescription : Dr M SOURI

Date de l'examen : 07/08/2020



Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
	Chlore	B30	B
	Hémoglobine glycosylée A1c	B100	B
	Potassium	B30	B
	Sodium	B30	B
	Examen cyto bactériologique des urines	B130	B
	Calcium	B30	B
	Créatinine	B30	B
	Glycémie à jeun	B30	B
	Protéines totales	B40	B
	Bicarbonates	B30	B
	Urée	B30	B
	Numeration formule sanguine	B80	B
	CRP	B100	B
	Acide Urique	B30	B

Montant Facturé	650.25Dhs
Arrêtée la présente facture à la somme de : six cent cinquante dirhams vingt-cinq centimes	

642 BD DOSS. MED. IRTI C D CAS
MEDECIN BILOGISTE
DR ALFATH ABDELWABAB
CENTRE D'ANALYSES MEDICALES SBATA
TEL: 05 22 38 02 60 / 05 22 55 28 07

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) : LATIFINE MUSTAPHA

Titulaire de la CIN : B 225 359

Matricule RAM : 09438-

Adresse domicile : JAMILA Rue 86 = No 30

Справочник ЧОС

Déclare sur l'honneur et en toute connaissance de cause que mon conjoint :

Monsieur ou : FALAH ALIKA

Madame

Titulaire de la CIN : BJ 40 927

Ne dispose d'aucun revenu salarial ou professionnel assujetti à l'impôt sur les revenus ou l'impôt sur les sociétés, au titre de l'année fiscale 2017.

Faite la présente déclaration suite à la demande de la MUPRAS (Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales de Royal Air Maroc) pour servir et faire valoir ce que de droit.

Fait à Casablanca le 10 / 09 / ~~2017~~ 2020

Signature :

Pat



مركز التحليلات الطبية سباتة CENTRE D'ANALYSES MEDICALES SBATA

Docteur Abdelwahab AL FATH
Médecin Biologiste

الدكتور عبد الوهاب الفتح
طبيب مخبري

642 شارع إدريس الحارثي - سباتة - البيضاء - 05 22 38 02 60 - 05 22 55 28 07 -
Patente N° : 33990016 - I.F. N° : 2660162 - CNSS N° : 6771986 - R.C. N° : 131577
E-mail : laboratoire.sbata@gmail.com

Dossier N° : 200807-0008

Mme Atika FALAH

Né(e) le : 29/04/1965/ 55 ans

Prescription : Dr M SOUIRI

Date de l'examen : 07/08/2020



HEMATOCYTOLOGIE

HEMOGRAMME

Résultat en fonction du sexe et de l'âge du patient

Hématies	4.58	Millions/mm ³	(3.80-5.40)
HEMOGLOBINE	13.7	g/dl	(12.5-15.5)
Hématocrite	42.3	%	(37.0-47.0)
V.G.M	92.4	μ ³	(82.0-98.0)
T.G.M.H	29.9	pg	(27.0-32.0)
C.C.M.H	32.4	%	(32.0-36.0)
PLAQUETTES	360	Milliers/mm ³	(150-450)
LEUCOCYTES	7.20	Milliers/mm ³	(4.00-10.00)
Neutrophiles	49.4	%	(45.0-70.0)
	3.557	Milliers/mm ³	(1.800-8.000)
Lymphocytes	40.2	%	(20.0-40.0)
	2.894	Milliers/mm ³	(1.500-4.500)
Monocytes	7.7	%	(0.0-9.0)
	0.554	Milliers/mm ³	(0.000-0.800)
Eosinophiles	1.9	%	(0.0-4.0)
	0.137	Milliers/mm ³	(0.000-0.400)
Basophiles	0.8	%	(0.0-2.0)
	0.058	Milliers/mm ³	(0.000-0.200)



BIOCHIMIE SANGUINE

Hémoglobine glycosylée A1c (Tech : HPLC)	5.54 %	(4.40-6.20)
Glycémie à jeun	0.99 g/l 5.50 mmol/l	(0.70-1.10) (3.89-6.12)
Urée	0.27 g/l 4.50 mmol/l	(0.17-0.43) (2.83-7.17)
Créatinine (Tech:Standard ID-MS)	4.9 mg/l 43.1 µmol/l	(4.5-9.5) (39.6-83.6)
Acide Urique	49.2 mg/l 292.7 µmol/l	(26.0-60.0) (154.7-357.0)
Protéines totales	73.6 g/l	(66.0-83.0)

Normes interprétatives

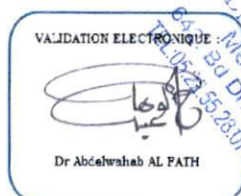
Adultes : 66 - 83 g/l
 Enfants (1 mois - 18 ans) : 57 - 80 g/l
 Nouveau - nés (1 - 30 jours) : 41 - 63 g/l

Calcium	94.3 mg/l 2.36 mmol/l	(88.0-106.0) (2.20-2.65)
Bicarbonates	26.1 mmol/l 26.1 mEq/l	(21.0-31.0) (21.0-31.0)
Sodium (Potentiométrie)	139.8 mEq/l 139.8 mmol/l	(135.0-145.0) (135.0-145.0)
Potassium (Potentiométrie)	4.4 mEq/l 4.4 mmol/l	(3.5-5.0) (3.5-5.0)
Chlore (Potentiométrie)	103.5 mEq/l 103.5 mmol/l	(95.0-108.0) (95.0-108.0)
Protéine C-réactive (CRP) (Tech :Immunoturbidimétrie)	2.1 mg/l	(<5.0)

La CRP est un marqueur de l'inflammation à cinétique RAPIDE:

- Elle augmente 6 à 7 heures après une agression
- Atteint son maximum au bout de 72 heures
- Retourne à la normale au bout d'une semaine

Prélèvement réussi sans garrot



BACTERIOLOGIE

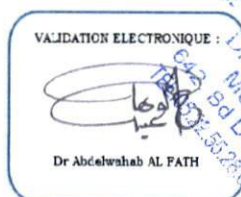
EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

EXAMEN MACROSCOPIQUE

Aspect :	Clair
Culot	Minime

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Leucocytes /mm3	1	(<10)
Hématies /mm3	8	(<10)
Cellules épithéliales :	Rares	
Germes	Absence	
Levures	Absence	
Trichomonas	Absence	
Cylindres :	Absence	
cristaux:	Absence	



CULTURE

C.L.E.D
(Milieu polyvalent)

Stérile

E.M.B
(Milieu sélectif des BGN)

Stérile

CONCLUSION

Absence de signes biologiques d'infection urinaire

COMMENTAIRE

Normes interprétatives des résultats du dénombrement des germes et des leucocytes urinaires :

- Leucocytes environ 0/mm³ /Bactéries < 10 p5 UFC/ml :
 - * Pas d'infection
- Leucocytes environ 0/mm³ /Bactéries >10 p5 UFC/ml :
 - * Contamination Refaire un ECBU
 - * Infection urinaire
- Leucocytes > 10/mm³ /Bactéries > 10 p5 UFC/ml :
 - * Infection urinaire
- Leucocytes >10/mm³ /Bactéries <10 p5 UFC/ml:
 - * Infection urinaire traitée
 - * Tuberculose rénale
- * Bactéries diluées: infection génitale/diurèse abondante
- * Bactéries non multipliées: PH urinaire bas/recueil <4 heures
 - * Bactéries à multiplication lente
- * Bactéries en amas=bacilles pyocyanique

NB:

- C.L.E.D: Cystine Lactose Electrolyt Déficient.
- E.M.B :Eosine Bleu de Méthylène.

Compte-rendu complet

