

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.

Diagnostique 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 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0040027

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4249 Société : 48738

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : FAKIR ABID

Date de naissance :

Adresse : 13, rue Ned Abdari Bourgogne
casablanca

Tél. : 0665179827 Total des frais engagés : 13.07,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25 NOV. 2020

Nom et prénom du malade : FAKIR Fouzia

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Eryzy pèle

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 à caractère personnel.

Fait à :

Le : 28 / 10 / 2020

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
24/10/2020	CS	9	9	
24/10/2020	CS	9	9	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/10/2020	747,00

092010982

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	09.11.20	B400	560,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

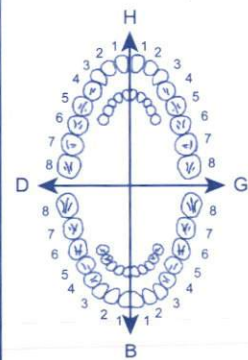
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

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				COEFFICIENT DES TRAVAUX																
<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 colspan="2">D</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">G</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G		B		MONTANTS DES SOINS
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
D																				
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
G																				
B																				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
				DATE DU DEVIS																
				DATE DE L'EXECUTION																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

D^{re} Fatou Fayra.

28/10/2020

222,50 x 1

168,80 x 1

1. Augmentin 1g

(S.V)

1 S x 4 / jours pdt 10jrs.

171,13 x 1

2. Xerolys 30

(S.P)

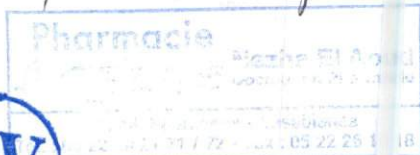
(S.V)

1 app / j au n° plantes des pieds.

87,30 x 1

3. Dermofix crème

(S.V)



1 app / j au n° plantes des pieds et ETO.
(1 mois).

(S.V)

98,50 x 1

4. Alcasteil

(S.P)

Bain de pied quot. avec
Séchage soigné.

747,50

ROI de 15jrs.

Dr. MAMECH Cyrine
Dermatologue-Vénérologue
CHU Ibn Rochd - Casablanca
Dr. Nouadi

ALCASTERIL

AM72 0003
LOT PER
Prix 98.00

ALCASTERIL est un soin lavant doux, sans savon, hypoallergénique, à PH alcalin, destiné à la toilette des peaux et muqueuses délicates.

Qualité hypoallergénique : conçu et testé pour minimiser les risques de réactions allergiques.

98,00

PROPRIÉTÉS :

ALCASTERIL , grâce à son PH alcalin, est un produit adéquat pour l'hygiène intime en adjuvant des traitements antimycosiques.

ALCASTERIL calme les démangeaisons et les irritations. Ses actifs très doux permettent un lavage quotidien des muqueuses et des peaux sensibles. La Bardane est reconnue pour ses propriétés adoucissantes et calmantes des irritations.

ALCASTERIL est un soin lavant anti-odeurs. Il laisse une odeur agréable sur les muqueuses et la peau.

CONSEILS D'UTILISATION :

Usage externe.

A utiliser sur la peau et les muqueuses préalablement mouillées, puis rincer à l'eau. Éviter tout contact avec les yeux, en cas de contact, rincer immédiatement et abondamment à l'eau claire.



AUGMENTIN 1 g/125 mg ADULTES, poudre pour suspension
buvable en sachet-dose

AUGMENTIN 500 mg/62,5 mg ADULTES, comprimé pelliculé
Amoxicilline/Acide clavulanique

Dénomination du médicament

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit (ou a été prescrit à votre enfant). 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 présentez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien.

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE AUGMENTIN ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE AUGMENTIN ?
3. COMMENT PRENDRE AUGMENTIN ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER AUGMENTIN ?
6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

1. QU'EST-CE QUE AUGMENTIN ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique

AUGMENTIN est un antibiotique qui tue les bactéries responsables des infections. Il contient deux molécules différentes, appelées amoxicilline et acide clavulanique. L'amoxicilline appartient à un groupe de médicaments appelés « pénicillines », qui peuvent parfois arrêter d'être efficaces (être inactives). L'autre constituant actif (l'acide clavulanique) empêche cette inactivation.

Indications thérapeutiques

AUGMENTIN est utilisé pour traiter les infections dues aux germes sensibles et/ou après un traitement par ce même médicament administré par voie injectable, notamment dans certaines situations où les espèces bactériennes responsables de l'infection peuvent être multiples et/ou résistantes aux antibiotiques actuellement disponibles.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE AUGMENTIN ?

Liste des informations nécessaires avant la prise du médicament

AUGMENTIN 1 g/125 mg ADULTES, poudre pour suspension buvable en sachet-dose :

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

AUGMENTIN 500 mg/62,5 mg ADULTES, comprimé pelliculé : sans objet.

Ne prenez jamais AUGMENTIN :

- Si vous êtes allergique (hypersensible) à l'amoxicilline, à l'acide clavulanique, à la pénicilline

PPV: 222,00 DH
LOT: 644845
PER: 12/21

vos autres médicaments. Cela inclut les médicaments vendus sans ordonnance, et aussi les produits à base de plantes.

Si vous prenez de l'allopurinol (en traitement de la goutte) avec AUGMENTIN, le risque de réaction cutanée allergique est plus élevé.

Si vous prenez du probénécide (en traitement de la goutte), votre médecin peut décider d'ajuster votre dose de AUGMENTIN.

Si des médicaments destinés à empêcher la coagulation du sang (tels que la warfarine) sont pris avec AUGMENTIN, des analyses sanguines supplémentaires peuvent être requises.

AUGMENTIN peut influencer sur l'action du méthotrexate (un médicament utilisé pour traiter le cancer ou les maladies rhumatismales).

AUGMENTIN peut influencer sur l'action du mycophénolate mofétil (traitement pour prévenir le rejet de greffe d'organes).

Grossesse et allaitement

Si vous êtes enceinte ou s'il est possible que vous le soyez, ou si vous allaitez, vous devez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

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

Conduite de véhicules et utilisation de machines :

AUGMENTIN peut provoquer des effets indésirables susceptibles de réduire la capacité à conduire. Ne conduisez pas et n'utilisez pas de machines si vous ne vous sentez pas bien.

Informations importantes concernant certains composants de AUGMENTIN 1 g/125 mg ADULTES, poudre pour suspension buvable en sachet-dose :

- AUGMENTIN contient de l'Aspartam (E951), qui est une source de phénylalanine. Celle-ci peut être nocive chez les enfants nés avec une maladie appelée « phénylcétonurie ».
- AUGMENTIN contient de la maltodextrine (glucose). Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

AUGMENTIN 500 mg/62,5 mg ADULTES, comprimé pelliculé : sans objet

3. COMMENT PRENDRE AUGMENTIN ?

Instructions pour un bon usage

Respectez toujours la posologie indiquée par votre médecin. En cas de doute, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

Posologie, Mode et/ou voie(s) d'administration, Fréquence d'administration et Durée du traitement

Posologie

Adultes et enfants de 40 kg et plus

• Dose habituelle : 1 sachet 1g/125 mg ou 2 comprimés 500 mg/62,5 mg trois fois par jour

• Dose inférieure : 1 sachet 1g/125 mg ou 2 comprimés 500 mg/62,5 mg deux fois par jour

Enfants pesant moins de 40 kg

Les enfants âgés de 6 ans ou moins doivent être traités avec AUGMENTIN en



AUGMENTIN 1 g/125 mg ADULTES, poudre pour suspension
buvable en sachet-dose

AUGMENTIN 500 mg/62,5 mg ADULTES, comprimé pelliculé

Amoxicilline/Acide clavulanique

Dénomination du médicament

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

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit (ou a été prescrit à votre enfant). 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 présentez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien.

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE AUGMENTIN ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE AUGMENTIN ?
3. COMMENT PRENDRE AUGMENTIN ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER AUGMENTIN ?
6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

1. QU'EST-CE QUE AUGMENTIN ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique

AUGMENTIN est un antibiotique qui tue les bactéries responsables des infections. Il contient deux molécules différentes, appelées amoxicilline et acide clavulanique. L'amoxicilline appartient à un groupe de médicaments appelés « pénicillines », qui peuvent parfois arrêter d'être efficaces (être inactives). L'autre constituant actif (l'acide clavulanique) empêche cette inactivation.

Indications thérapeutiques

AUGMENTIN est utilisé pour traiter les infections dues aux germes sensibles et/ou après un traitement par ce même médicament administré par voie injectable, notamment dans certaines situations où les espèces bactériennes responsables de l'infection peuvent être multiples et/ou résistantes aux antibiotiques actuellement disponibles.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE AUGMENTIN ?

Liste des informations nécessaires avant la prise du médicament

AUGMENTIN 1 g/125 mg ADULTES, poudre pour suspension buvable en sachet-dose :

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

AUGMENTIN 500 mg/62,5 mg ADULTES, comprimé pelliculé : sans objet.

Ne prenez jamais AUGMENTIN :

- Si vous êtes allergique (hypersensible) à l'amoxicilline, à l'acide clavulanique, à la pénicilline ou à l'un des autres composants contenus dans AUGMENTIN (dont la liste est fournie à la rubrique 6).

- Si vous avez déjà présenté une réaction allergique grave (d'hypersensibilité) à un autre antibiotique. Ceci peut inclure une réaction cutanée ou un gonflement du visage ou du cou.

PPV: 168,20 DH
LOT: 644495
PER: 12/21



votre pharmacien. Cela inclut les médicaments vendus sans ordonnance, et aussi les produits à base de plantes.

Si vous prenez de l'allopurinol (en traitement de la goutte) avec AUGMENTIN, le risque de réaction cutanée allergique est plus élevé.

Si vous prenez du probénécide (en traitement de la goutte), votre médecin peut décider d'ajuster votre dose d'AUGMENTIN.

Si des médicaments destinés à empêcher la coagulation du sang (tels que la warfarine) sont pris avec AUGMENTIN, des analyses sanguines supplémentaires peuvent être requises.

AUGMENTIN peut influer sur l'action du méthotrexate (un médicament utilisé pour traiter le cancer ou les maladies rhumatismales).

AUGMENTIN peut influer sur l'action du mycophénolate mofétil (traitement pour prévenir le rejet de greffe d'organes).

Grossesse et allaitement

Si vous êtes enceinte ou si l'est possible que vous le soyez, ou si vous allaitez, vous devez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

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

Conduite de véhicules et utilisation de machines :

AUGMENTIN peut provoquer des effets indésirables susceptibles de réduire la capacité à conduire. Ne conduisez pas et n'utilisez pas de machines si vous ne vous sentez pas bien.

Informations importantes concernant certains composants de AUGMENTIN 1 g/125 mg ADULTES, poudre pour suspension buvable en sachet-dose :

- AUGMENTIN contient de l'Aspartam (E951), qui est une source de phénylalanine. Celle-ci peut être nocive chez les enfants nés avec une maladie appelée « phénylcétonurie ».
- AUGMENTIN contient de la maltodextrine (glucose). Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

AUGMENTIN 500 mg/62,5 mg ADULTES, comprimé pelliculé : sans objet

3. COMMENT PRENDRE AUGMENTIN ?

Instructions pour un bon usage

Respectez toujours la posologie indiquée par votre médecin. En cas de doute, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

Posologie, Mode et/ou voie(s) d'administration, Fréquence d'administration et Durée du traitement

Posologie

Adultes et enfants de 40 kg et plus

• Dose habituelle : 1 sachet 1g/125 mg ou 2 comprimés 500 mg/62,5 mg trois fois par jour

• Dose inférieure : 1 sachet 1g/125 mg ou 2 comprimés 500 mg/62,5 mg deux fois par jour

Enfants pesant moins de 40 kg

Les enfants âgés de 6 ans ou moins doivent de préférence être traités avec AUGMENTIN en suspension buvable ou en sachet 500 mg/62,5 mg.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien si vous devez donner des comprimés de

DERMOFIX® Crème

Sertaconazole

Composition :

Sertaconazole nitrate
Excipients (dont E218 & Acide sorbique)

LCT 20008
PER 04/20
PPV 87DH30

Propriétés :

Le Sertaconazole est un anti-mycosique à usage topique. Son spectre
- levures pathogènes (Candida albicans, C. tropicalis, C. spp., Pityrosporum
- dermatophytons (trichophyton, Epidermophyton et Microsporum)
- champignons opportunistes filamenteux (Aspergillus)
- germes résistants à d'autres anti-mycosiques
- bactéries gram⁺ (Staphylocoques et Streptocoques)

8730

Indications thérapeutiques :

Traitement topique des mycoses superficielles de la peau telles que dermatophytoses : Tinea pedis (pied d'athlète), Tinea cruris (Eczéma marginé de Hebra), Tinea corporis (Herpès circiné), Tinea barbae (Sycosis), et Tinea manus, Candidoses (Miniliose) et Pityriasis versicolore (Pityrosporum orbiculare).

Effets indésirables :

Le Sertaconazole présente une innocuité totale et une excellente tolérance : aucun cas de toxicité ou de réaction de photosensibilité n'a été relevé. Seul un érythème léger peut survenir lors des premières applications n'entraînant jamais la suspension du traitement.

Conditions particulières d'emploi :

Dermofix ne convient pas à l'usage ophtalmique.

Après l'application dermique de grandes quantités, on ne détecte pas de niveaux plasmatiques. Malgré cela, son innocuité n'a pas été démontrée chez le nouveau-né et chez la femme enceinte ou allaitante.

Posologie usuelle, voie et mode d'administration :

Voie topique.

Appliquer la crème une fois par jour (de préférence le soir) ou deux fois (matin et soir), doucement et uniformément, en essayant de couvrir 1 cm de peau saine (environ) autour de la zone à traiter.

La durée du traitement varie d'un patient à l'autre en fonction de l'agent étiologique et de la localisation de l'infection.

En général, on recommande quatre semaines de traitement afin d'assurer une guérison clinique et microbiologique complète et d'éviter ainsi toute récurrence, cette guérison clinico-microbiologique peut apparaître entre deux et quatre semaines de traitement.

Pityriasis versicolor : 2 semaines

Dermatophytose : 2 à 4 semaines

Candidose : 2 à 4 semaines

Formes et autres présentations :

Dermofix® crème 2% tube de 30 g

Dermofix® poudre flacon de 30 g

Dermofix® Solution 2% flacon de 30 ml

Dermofix® Gel 2% flacon de 50 g

Dermofix® Gel 2% flacon de 100 g

Gyno-dermofix® 300 mg boîte de 1 ovule.

Liste I (Tableau A)



IBN ROCHD
الدار البيضاء

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

المملكة المغربية
وزارة الصحة
المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء



BILLET D'EXAMEN

Date :

Prénoms - Nom du malade :

SERVICE : N° d'admission :

Renseignements Cliniques	Résultat d'Examen

Le médecin traitant

Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30
Fax : 05 22 29 94 83



Royaume du Maroc

Ministère de la Santé

Centre Hospitalier
Hôpital

Mme DARRAS EF
07-02-1960



Ordonnance

D'EXAMEN

المملكة المغربية
وزارة الصحة
المركز الإستشفائي الجامعي
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء



Date : 28/10/2020

Prénoms - Nom du malade : M^{me} Fakir Fougia

Service : Péd. N° d'admission :

Renseignements Cliniques	Résultat d'Examen
<ul style="list-style-type: none">- GOT - GPT - γGT -- CT ; HDL - LDL- urea - creat	<p>Laboratoire d'Analyses Médicales Bordeaux Dr. E.J-JENNANE Zineb Médecin Biologiste 280, Bd. Bordeaux 30 37 - Fax : 0522 22 29 62 Tél : 0522 22 30 37 - PC : 20200000 TP : 35460318 - PC : 20200000</p>

Le médecin traitant

Tél : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30
Fax : 05 22 29 94 83

Dr. Noureddine

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES BORDEAUX



Dr. EJ JENNANE ZINEB : Médecin Biologiste

280, Bd Bordeaux, RDC - 20040 - CASABLANCA

Tél : 0522 22 30 37 / 08 08 35 31 54 Fax : 0522 22 29 62

Site web: www.labobordeaux.com Email: labobordeaux@gmail.com

TP : 35460318 IF : 15269526 RC : 422030 INPE : 09061190 ICE : 000232167000019

FACTURE N° : 201100001

Casablanca le 02-11-2020

Mme DARRAS EP FAKIR Fouzia

Demande N° 2011020001

Date de l'examen : 02-11-2020

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang	E25	E
0106	Cholestérol total	B30	B
0108	Cholestérol H D L	B50	B
0109	Cholestérol L D L	B50	B
0111	Créatinine	B30	B
0134	Triglycérides	B60	B
0135	Urée	B30	B
0141	Gamma glutamyl transférase (GGT)	B50	B
0146	Transaminases O (TGO)	B50	B
0147	Transaminases P (TGP)	B50	B

Total des B : 400

TOTAL DOSSIER : 560.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cinq cent soixante dirhams

Laboratoire d'Analyses Médicales Bordeaux
Dr. EJ-JENNANE Zineb
Médecin Biologiste
280, Bd. Bordeaux RDC Bourgogne-Casa
Tél : 0522 22 30 37 - Fax : 0522 22 29 62
TP : 35460318 - RC : 422030



LABORATOIRE BORDEAUX

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES BORDEAUX

مختبر التحليلات الطبية بوردو

Dr. Zineb EJ JENNANE : Médecin Biologiste

Biochimie | Hématologie | Hémostase | Immunologie | Hormonologie
Bactériologie | Parasitologie | Mycologie | Virologie | Biologie de la reproduction



Dossier : 2011020001
Prélèvement du : 02-11-2020
Edition : 02-11-2020

Mme DARRAS EP FAKIR Fouzia

Né(e) le 07-02-1960

Code Patient A201140001

Médecin CHU IBR ROCHD

BIOCHIMIE SANGUINE

Automate COBAS C111

Urée (Test cinétique utilisant l'uréase et la glutamate déshydrogénase)	0.27 g/L 4.50 mmol/L	(0.10-0.50) (1.67-8.33)
Créatinine (Test colorimétrique cinétique, méthode de Jaffé.)	7.50 mg/L 66.4 µmol/L	(5.00-12.00) (44.3-106.2)

EXPLORATION D'UNE ANOMALIE LIPIDIQUE (EAL)

Cholestérol total (Méthode colorimétrique enzymatique.)	1.48 g/L 3.82 mmol/L	(<2.00) (<5.16)
HDL-Cholestérol (Test colorimétrique enzymatique en phase homogène)	0.81 g/L 2.10 mmol/L	(>0.40) (>1.03)
LDL-Cholestérol (Calculé selon la formule de Friedwald)	0.51 g/L 1.32 mmol/L	(<1.60) (<4.14)
Formule de Friedewald: Cholestérol LDL (en g/L) = Cholestérol total - HDL - [Triglycérides x 0.2]		
Triglycérides (Test colorimétrique enzymatique)	0.81 g/L 0.92 mmol/L	(<1.50) (<1.71)

BILAN HEPATIQUE

Transaminases GOT (ASAT) (Technique cinétique (IFCC))	17 UI/L	(10-35)
Transaminases GPT (ALAT) (Technique cinétique (IFCC))	14 U/L	(10-35)
Gamma glutamyl-transférase (GGT) (Test colorimétrique enzymatique)	12 U/L	(5-42)

Demande validée biologiquement par Dr. Zineb EJ JENNANE

Prélèvement à domicile sur rendez-vous : 06 71 45 29 62

CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE IBN ROCHD

LABORATOIRE DE PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE

Chef de Service :

Assistants :

Major :

Contact :

Pr M. Soussi Abdallaoui, MD, PES

Dr. A. Hamdani, M. J. El Mabrouki

Mme S. Idy

Téléphone (Poste) : 536- e-mail: parasitochir@gmail.com

Numéro analyse : B201028-012



Nom : Mme Fouzia DARRAS

Identifiant patient : B201050051

Age : 60 ans

Sexe : F

Examen prescrit le : 28/10/2020

Examen reçu le : 28/10/2020 à 11:21

Edité le : 11-11-2020 à 08:21

Correspondant : PATIENT EXTERNE

Numéro : P20200949597

IPP :

Prescripteur : Dr M. JURADI Maha

MYCOLOGIE CUTANEE**Examen mycologique**

Nature du prélèvement

Type de prélèvement

Examen direct

Culture

Ongle orteil

Grattage

Négatif

En cours

Examen mycologique

Nature du prélèvement

Type de prélèvement

Examen direct

Culture

Pli inter-orteils

Grattage

Négatif

En cours

CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE IBN ROCHD
POLE LABORATOIRES
LABORATOIRE DE PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE

Nom : Mme Fouzia DARRAS

N° analyse : B201023-012

Examen mycologique

Nature du prélèvement

Type de prélèvement

Examen direct

Culture

Squames plantaires

Grattage

Négatif

En cours

Ce dossier a été partiellement imprimé

Ministère de la Santé
C.H.U Ibn Rochd - Casablanca

Quittance
Hôpital Ibn Rochd

Formation : *FAUAR*

Reçu de M : *Ms. et*

La somme de : *Ms. et*

N° 491597

le *28/10/12*

Signature du

Régisseur et Cachet

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
<i>prélèvement mycologique</i>	<i>80,</i>
Total	<i>80,</i>