

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.

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.

Educations :

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° M21- 062527

77252

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6255 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : CHABBAR Souad
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : CHABBAR Souad 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 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

- Reclamation : 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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-494128

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6255 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHABBAB SOUAD
 Date de naissance : 01-01-62
 Adresse :
 Tél. : 0676805695 Total des frais engagés : 27964,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : CHABBAB SOUAD Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : T du pancréas
 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 : CASA le : 25/07/2021
 Signature de l'adhérent(e) : SOUAD

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-494128

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 :

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
du 18/06/21	Frais de			
au 20/06/21	soins dentaires		29966	

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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	INP : <input type="text"/>																					
				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																								
	<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 <input type="text"/>	
	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 <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



مصلحة الاختصاصات الشفاء Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjoun et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma

Casablanca, le : 19/06/11

Docteur :

Ch ABBAS SOUAD

NFS
CRP
LIPAS

CLINIQUE ACHIFAA
Angle Rues Lahcen El Arjoun et Lavoisier
Tel.: 05 22 85 92 20 - 05 22 86 22 23
Soc. Mutuelle

Dr Fahd GHALIM
Gastroentérologie et Hépatologie
Endoscopie digestive interventionnelle

Echodoppler + biopsie

Ictère cholestatique faisant découvrir une masse de la tête du pancréas. Adressée pour échodoppler +/- drainage. patiente informée des risques. La région du tronc biliaire est normale, les vaisseaux splénique sont perméables, le corps et la queue du pancréas sont cernés par un wir sur diète à 4 mm. l'artère hépatique comme est libre.

Par voie transduodénale, on repère une lésion hypoechoïque, hétérogène en composition kystique millimétrique. Elle est responsable d'une dilatation de la voie biliaire principale à 12 mm, la lésion envahit la veine porte, le confluence et la veine mésentérique supérieure qui devient amincies (Envahissement sup. à 180°). l'artère mésentérique sup est perméable. Biopsie de 22 G (FNB core).
Conclusion: Biopsie sans Echodoppler d'une lésion céphalique localement avancée. on réalise un drainage par GPRE.

DR F. GHALLI
Généraliste et Hépatogastro-entérologue
Clinique des Spécialités Achifaa

C P R E

- papille cathétérisme d'enclée sélectif de la voie biliaire principale à l'aide d'un sphinctérotome monté sur fil guid. progression dans le foie court l'opacification à marche des vus biliaires dilatées en amont d'une sténose du cholédoque

sphinctérotomie et drainage par prothèse plastique de 10 Fr / 7 cm très bonne vidange des voies biliaires.

Conclusion : Sphinctérotomie et drainage biliaire par prothèse plastique de 10 Fr / 7 cm

Dr Fehd CHALIM
Gastroentérologie et Hépatologie
Endoscopie digestive interventionnelle



CLINIQUE DES SPECIALITES ACHIFAA

مصلحة الاختصاصات الشفاء Clinique des Spécialités Achifaa

CASABLANCA

Angle Rues Lahcen El Arjoun et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)

05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : **CHABBAB SOUAD**

Chambre : **NA**

Médecin traitant **GHALIM**

Prise en charge **PAYANT**

Date entrée **18/06/2021**

Date sortie **20/06/2021 10:13**

Le caissier

L'infirmier

Le major

Billet de sortie établi par : IAB_FACT 06/07/2021 11:29 21-049658

CLINIQUE ACHIFAA
Angle Dalton et Lavoisier
Tél.: 05 22 85 92 20 - 05 22 86 22 86
See Mutuelle

Angle Rues Lahcen El Arjoun et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) - Casablanca - Maroc

Tél.: 05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - URGENCES 24/24 مستعجلات

E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma - Cpt : 190780212119260735000196

I.F. : 40158488 - CNSS : 7724223 - Patente N° : 37908413 - ICE : 001743751000001



مصلحة الاختصاصات الشفاء

Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjoun et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

F A C T U R E

N° : 21049658 / 2021 du 20/06/2021

Nom patient **CHABBAB SOUAD**
PAYANTS

Entrée 18/06/2021
Sortie 20/06/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FORFAIT	1,00		19 000,00	19 000,00
ACCOMPAGNANT	1,00		200,00	200,00
DFF CHAMBRE	2,00		200,00	400,00
AIG CYTOPON	1,00		3 240,00	3 240,00
SPHINCTÉROTOMIE	1,00		1 410,00	1 410,00
FIL GUIDE	1,00		1 350,00	1 350,00
PROTHES BILIAIRE+POSE	1,00		2 000,00	2 000,00
			Sous-Total	27 600,00
Total Clinique				27 600,00

LABO ACHIFAA (laboratoire)	1,00		364,00	364,00
			Sous-Total	364,00
Total Autres prestations				364,00

Arrêtée la présente facture à la somme de VINGT-SEPT MILLE NEUF CENT SOIXANTE QUATRE DIHAMS	Total	27 964,00
--	--------------	------------------

PAYÉ EN ESPÈCE

CLINIQUE ACHIFAA
Angle Dalton et Lavoisier
Tél.: 05 22 85 92 20 - 05 22 86 22 86
Soc Mutuelle



N° BL associé	N° Facture	Date	N° bon client
7525	447	18/05/2021	

CLINIQUE DES SPECIALITES ACHIFAA
ICE : 001743751000001

Casablanca

Article	Désignation	PU. HT	TVA	Qte	Total HT	TOTAL TTC
ECHO-3-22	Aiguille Echo Tip pour CytoPonction	1 950,00	20,00	1	1 950,00	2 340,00
ECHO-HD-3-20-C	AIGUILLE ECHOTIP PROCORE	2 700,00	20,00	1	2 700,00	3 240,00

Code Banque	190
Code Guichet	780
N° de compte	21211 5175451 001 5
Clé RIB	45

Total HT	4 650,00
Total TVA	930,00
Total TTC	5 580,00

LA PRESENTE FACTURE EST ARRETEE A LA SOMME DE : CINQ MILLE CINQ CENT QUATRE-VINGTS DH TOUTES TAXES COMPRISES.

C.S.A. APT
Receptionné Le

CLINIQUE ACHIFAA
Angle Dalton et Lavoisier
Service Pharmacie

FACTURE

Date : 17/06/21
Doc N° : FCS21002770

Client : **CLINIQUE ACHIFAA**
C000011
Patient :
Adresse : Rue Lahcen El Arjoune, Ex Dalton,
Ang. Rue Lavoisie
20100 CASABLANCA
ICE : 001514956000021

Commercial : NOUMILE
N° BL : BLS21003595
Ref Client :

Référence	Désignation	Qté	N°Lot/Série	Prix U HT	Montant HT
M00556561	FIL GUIDE JAGWIRE 025_450 DROIT	1,00	25707243	1125,00	1125,00
M00584181	SPHINCTEROTOME Triple Lumière 4,4 TRUETOME 30	1,00	26532258	1175,00	1175,00
<p>CLINIQUE ACHIFAA Angle Dalton et Lavoisier Service Pharmacie</p> <p>C.S.A. PHAR Reçu Le 17/06/21</p> <p>C.S.A. APR Receptionné Le</p> <p>ABEDDINE</p>					

Code	Base	Taux	Montant
V20	2 300,00	20%	460,00
Total	2 300,00		460,00

Condition de règlement		
Montant	Mode de Règlement	Echéance
2 760,00	CHEQUE	15/09/21

TOTAUX	
Total HT	2 300,00
Taxes	460,00
Total TTC	2 760,00
NET A PAYER	2760,00

arrêté la présente facture à la somme de:

Deux mille sept cent soixante Dirhams

CARDIO PLUS S.A.R.L
K. CHERKAOUT
Green office 62 Agl. Rte. El Jadida
& Bd. A. Bouabid - 20200 Casa
Tél: 0522 25 85 25 / 0522 25 25 53
Fax: 0522 25 71 25

FACTURE

Date : 29/06/21
Doc N° : FCS21002998

Commercial : NOUMILE
N° BL : BLS21003918
Ref Client :

Client : CLINIQUE ACHIFAA
C000011
Patient : CHABBAB SOUAD
Adresse : Rue Lahcen El Arjoune, Ex Dalton,
Ang. Rue Lavoisie
20100 CASABLANCA
ICE : 001514956000021

Référence	Désignation	Qté	N°Lot/Série	Prix U HT	Montant HT
M00533580	POSE DE PROTHESE BILIAIRE PLASTIQUE NAVIFLEX RX 10F	1,00	25872555	1166,67	1166,67
M00533000	PROTHESE BILIAIRE PLASTIQUE ADVANIX 10F 7CM	1,00	26256372	500,00	500,00

CLINIQUE ACHIFAA
Angle Dalton et Lavoisier
Service Pharmacie

Code	Base	Taux	Montant
V20	1 666,67	20%	333,33
Total	1 666,67		333,33

Condition de règlement		
Montant	Mode de Règlement	Echéance
2 000,00	CHEQUE	27/09/21

TOTAUX	
Total HT	1 666,67
Taxes	333,33
Total TTC	2 000,00
NET A PAYER	2000,00

arrêté la présente facture à la somme de:

Deux mille Dirhams

CARDIO PLUS
K. CHERKAOU
Green office 62 Agl. Rte. E.
& Bd. A. Bouabid - 20200
Tél: 0522 25 85 25 / 0522 25 85 25
Fax: 0522 25 71 25

Bon de livraison

Date : 29/06/21
Doc N° : BLS21003918

Commercial : NOUMILE
N° BC : BCS21003852
Ref Client :

Client : **CLINIQUE ACHIFAA**
C000011
Patient : **CHABBAB SOUAD**
Adresse : Rue Lahcen El Arjoune, Ex Dalton,
20100 CASABLANCA
ICE : 001514956000021

Référence	Désignation	SN / Lot	Qté
M00533580	POSE DE PROTHESE BILIAIRE PLASTIQUE NAVIFLEX RX 10F	25872555	1,00
M00533000	PROTHESE BILIAIRE PLASTIQUE ADVANIX 10F 7CM	26256372	1,00
<p>CARDIO PLUS S.A.R.L K. EL KABDANI Green office 62 Agl. Rte. El Jadida & Bd. A. Bouabid - 20200 Casa Tél: 0522 25 85 25 / 0522 25 25 53 Fax: 0522 25 71 25</p> <p>CARDIO PLUS S.A.R.L K. EL KABDANI Green office 62 Agl. Rte. El Jadida & Bd. A. Bouabid - 20200 Casa Tél: 0522 25 85 25 / 0522 25 25 53 Fax: 0522 25 71 25</p>			
TOTAL Quantité			2,00



CASABLANCA le 19/06/2021

FACTURE BILAN SANGUIN

REFERENCE : AH 635

NOM DU PATIENT : CHABBAB SOUAD

ANALYSES DU : 19/05/2021

PRESCRIT PAR : REANIMATEUR

NUMERO DOSSER : 21-049658

DESIGNATION DES ACTES	COTATION
NFS	B80
CRP	B100
LIPASE	B100

TOTAL B (B=1,30)	B280
MONTANT A PAYER	364,00

ICE : 001743751000002

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

Trois Cent Soixante Quatre Dirhams.

Dr.L.DOUKKALI - KHALFI
Médecin Biologiste
Laboratoire Achifaa
INP:0090060419



مصحة الاختصاصات الشفاء

Clinique des Spécialités Achifaa



Laboratoire d'Analyses Médicales Achifaa

Dossier ouvert le : 19/06/21
Prélèvement reçu à 10:11
Edition du : 19/06/21 à 12:58

Madame CHABBAB SOUAD

DDN : 1962

Réf : 21F635

V. Réf : 21-049658

Page : 1/2

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

(ABBOTT/ RUBY)

Normales

(Femme Adulte)

GLOBULES ROUGES

Hématies -----	4,14	* M/mm ³	4,2 - 5,2
Hémoglobine -----	12,0	g/100 ml	12 - 16
Hématocrite -----	36	%	35 - 45
- V.G.M. -----	87	μ ³	85 - 95
- T.C.M.H. -----	29	pg	28 - 32
- C.C.M.H. -----	33	g/100 ml	30 - 35

GLOBULES BLANCS

Numération des leucocytes -----	5 900	/mm ³	4000 - 10000
---------------------------------	-------	------------------	--------------

Formule leucocytaire

Polynucléaires Neutrophiles -----	82,2	* %	50 - 70
Soit :	4 850	/mm ³	2000 - 7500
Lymphocytes -----	15,7	* %	20 - 40
Soit :	926	/mm ³	1500 - 4000
Monocytes -----	1,3	%	1 - 8
Soit :	74	/mm ³	40 - 800
Polynucléaires Eosinophiles -----	0,3	* %	1 - 3
Soit :	15	/mm ³	40 - 300
Polynucléaires Basophiles -----	0,6	%	< 1
Soit :	33	/mm ³	< 100

PLAQUETTES

Résultat -----	154 000	/mm ³	150000 - 400000
----------------	---------	------------------	-----------------

BIOCHIMIE

Normales

Lipase -----	1 600,00	* UI/l	< 60
--------------	----------	--------	------

(Roche / Hitachi)

Dr. L. DOUKKALI - KHALFI
Médecin Biologiste
Laboratoire Achifaa
Tél : 05 22 85 92 20

Angle Rues Lahcen El Arjouné et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) - Casablanca - Maroc
Tél.: 05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - URGENCES 24/24 مستعجلات
E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma - Cpt : 190780212119260735000196
I.F. : 40158488 - CNSS : 7724223 - Patente N° : 37908413 - ICE : 001743751000001



مصلحة الاختصاصات الشفاء

Clinique des Spécialités Achifaa



Laboratoire d'Analyses Médicales Achifaa

Dossier ouvert le : 19/06/21
Prélèvement reçu à 10:11
Edition du : 19/06/21 à : 12:58

Madame CHABBAB SOUAD

DDN : 1962

Réf : 21F635

V. Réf : 21-049658

Page : 2/2

IMMUNO / SEROLOGIE

Protéine C réactive ----- :	2,9	mg/l	Normales < 5
-----------------------------	-----	------	-----------------

Dr.L.DOUKKALI - KHALFI
Médecin Biologiste
Laboratoire Achifaa
INP:0090060419