

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

## tions 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 canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

Nº M21- 072826

ND: 78811

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : ..... 1362 ..... Société : .....

Actif       Pensionné(e)       Autre : .....

Nom & Prénom : Naji Abdessamad .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. 06.64.36.88.70 ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

|  |                                 |
|--|---------------------------------|
| Date de consultation : .....   | Age : .....                     |
| Nom et prénom du malade : G.Hammam Samira  | .....                           |
| Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : R ACCUEIL N   | .....                           |
| 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) : .....

4

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

### Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

### Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

### Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ▪ Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| ▪ Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| ▪ Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue-Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. 05 22 20 45 45 (LG) - Fax. 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-585655

|  |  |                                  |                                 |
|--|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie                             | <input type="checkbox"/> Dentaire                | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e)                                |  |                                  |                                 |
| Matricule : <u>2362</u>                                      | Société :  |                                  |                                 |
| <input type="checkbox"/> Actif                               | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | <u>NAJI ABDESSAMAD</u>          |
| Nom & Prénom :   |  |                                  |                                 |
| Date de naissance : <u>01/03/1952</u>                        |  |                                  |                                 |
| Adresse : <u>123, Rés. SÉKKAT Rue Abu ElWaqf Bourgogne -</u> |  |                                  |                                 |
| Tél. <u>0664368870</u>                                       | Total des frais engagés :                        |                                  | Dhs.                            |

|   |  |
|---|--|
| Cadre réservé au Médecin  |  |
| Cachet du médecin :   |  |
| Date de consultation :  |  |
| Nom et prénom du malade : <u>GHANNAAM SAMIRA</u> AgP. <u>60</u>   |  |
| Lien de parenté :   | <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : 1/1/2019 **Signature de l'adhérent(e) :** [Signature]

|   |               |
|---|---------------|
| VOLET ADHÉRENT  |               |
| Déclaration de maladie  | N° W19-585655 |
| 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 :   |               |

## **RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 | INP : <input type="text"/>                                     |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## **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<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
|                                     |                   | AM     | PC | IM | IV |                                    |
|                                     |                   |        |    |    |    |                                    |
|                                     |                   |        |    |    |    |                                    |
|                                     |                   |        |    |    |    |                                    |
|                                     |                   |        |    |    |    |                                    |
|                                     |                   |        |    |    |    |                                    |

### **VOLET ADHERENT**

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

## **RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |
|----------|----------|
|          | H        |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        |          |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

#### **[Création, remont, adjonction]**

The diagram shows a circle divided into 24 equal sectors by 12 radii. Each sector contains a circle with a number from 1 to 24. The numbers are arranged as follows:

- Row 1 (top):** 1, 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6.
- Row 2:** 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10.
- Row 3:** 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18.
- Row 4:** 19, 20, 21, 22, 23, 24, 1, 2.
- Row 5 (bottom):** 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10.

The numbers 11 through 18 are enclosed in small circles, while the others are in larger circles. The entire arrangement is centered at the origin of a coordinate system with four axes: D (left), G (right), H (up), and B (down).

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

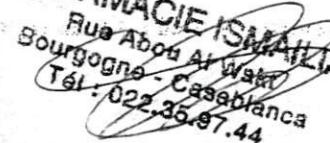
VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

|   |                               |
|---|-------------------------------|
| Date de dépôt du dossier :  | Date d'ouverture du dossier : |
| Identification de l'agent   |                               |
| <input type="text"/> Nom : <input type="text"/> Prénom : <input type="text"/> Fonction : <input type="text"/> Service :                               |                               |
| <input type="checkbox"/> Agent permanent <input type="checkbox"/> Agent temporaire <input type="checkbox"/> Agent stagiaire                           |                               |
| <input type="checkbox"/> Agent titulaire <input type="checkbox"/> Agent adjoint <input type="checkbox"/> Agent suppléant                              |                               |
| <input type="checkbox"/> Agent administratif <input type="checkbox"/> Agent technique <input type="checkbox"/> Agent de sécurité                      |                               |
| <input type="checkbox"/> Agent de police judiciaire <input type="checkbox"/> Agent de police scientifique <input type="checkbox"/> Agent de recherche |                               |
| <input type="checkbox"/> Agent de surveillance <input type="checkbox"/> Agent de maintien de l'ordre <input type="checkbox"/> Agent de renseignement  |                               |
| <input type="checkbox"/> Agent de protection <input type="checkbox"/> Agent de sécurité privée <input type="checkbox"/> Agent de sécurité publique    |                               |
| <input type="checkbox"/> Agent de justice <input type="checkbox"/> Agent de la justice pénale <input type="checkbox"/> Agent de la justice sociale    |                               |
| <input type="checkbox"/> Agent de la justice administrative <input type="checkbox"/> Agent de la justice financière                                   |                               |
| <input type="checkbox"/> Agent de la justice pénale et administrative <input type="checkbox"/> Agent de la justice pénale et financière               |                               |
| <input type="checkbox"/> Agent de la justice pénale et sociale <input type="checkbox"/> Agent de la justice sociale et financière                     |                               |
| <input type="checkbox"/> Agent de la justice pénale, sociale et financière  |                               |

Instructions à suivre

**جريدة الوصيقات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة**

## Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

| التاريخ<br>Date d'exécution | النوع المدفوع<br>Prix facturé | توقيع و طابع الصيدلي أو موظف التجهيزات الطبية<br>Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs<br>des dispositifs médicaux |
|-----------------------------|-------------------------------|---|
| 26/05/19                    | ₾ 21,80                       |  <p>INPE: 092034867</p>                         |

الطبعة المساعدة المعلمات

Royaume du Maroc



NME SAMIRA GHANNAM

N123 RES SETTAT RUE ABOU  
EL WAQT IMM B 1. BOURGOUNE

20053 CASABLANCA BOURGOGNE

000068229935

Accusé de Réception

N° Réception : 68229935  
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : GHANNAM SAMIRA  
Immatriculation : 94891652 / 500308535  
Nom et Prénom Bénéficiaire : GHANNAM SAMIRA  
Rang Bénéficiaire : 01.

Type dossier : FEUILLE DE SOINS  
Date et heure : 14/06/2021 10:31  
Lieu de réception : CASA SIEGE 90138  
Valeur du dossier : 4775,00  
Nombre de pièces : 12  
Code Agent : 9M6E156

Code Etablissement :  
Etablissement :



CAISSE NATIONALE DES ORGANISMES  
DE PRÉVOYANCE SOCIALE  
Gestionnaire de l'Assurance maladie Obligatoire

Recherche

PRODUCTEURS DE SOINS

ASSURÉS

EMPLOYEURS

CNOPS

Accueil > Application > assure app

[\( /portailapps/www/index.php/assures/auth/MesStatuts\)](#) [MesStatuts](#) [Remboursements](#) [Prises en charge](#) [Immatriculation](#) [Menu ▾](#)



En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, La CNOPS est l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 83 de ladite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie)

Information ENREGISTRE 3 EN COURS DE TRAITEMENT 4 PAYE

① Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

| Nb.Dossier(s) | Date de réception | Date Paiement      | Mode Paiement | Bénéficiaire   | Frais engagés | AMO      | Mutuelle | Total    |
|---------------|-------------------|--------------------|---------------|----------------|---------------|----------|----------|----------|
| 68229935      | 14/06/2021        | Payé en : 35 jours |               | GHANNAM SAMIRA | 4 775,00      | 2 083,56 | 393,35   | 2 476,91 |





Docteur Abdelmajid Kouddane

Médecin Généraliste

casablanca, le 26.05.2021

N° GHANNAI Samia

N Bypass thoracique Amis

30/00 → 2h - 30/00  
Relax - App mési - Sari  
2h 2h 2h

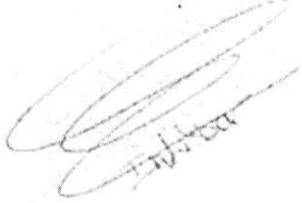


Dr. KOUDDANE Abdelmajid  
Généraliste  
Kasbat Al Amine 1, Immeuble 35, 1er Etage  
Lissasfa Casablanca  
Tél: 0522 65 57 72 - GSM: 06 68 98 09 02  
Email: abjkouddane@gmail.com

Kasbat Al Amine 1, Immeuble 35, entrée 14, 1<sup>er</sup> étage, App 187 , Lissasfa  
Tél. : 05 22 65 57 72 - GSM : 06 68 98 09 02 - E-mail : abjkouddane@gmail.com

FACTURE : 736/2021

DATE 11/06/2021

| Réf   | Désignation                                    | Qté | P.U HT  | MONTANT HT        |
|---|--|-----|---------|-------------------|
|   | LOCATION CONCENTRATEUR D'OXYGENE 5L<br>OXYLIFE | 1   | 1000,00 | 1000,00           |
| <br><i>compte</i> |  |     |         |                   |
|   |  |     |         | Total HT 1000,00  |
|   |  |     |         | TVA 20% 200,00    |
|   |  |     |         | Total TTC 1200,00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de MILLE DEUX CENTS DIRHAMS.

Lot n°/العدد : 0982201  
Exp./التاريخ : 03 2022



Téléphone de l'apothicaire

SOLALAV 1g/125mg  
Poudre pour suspension buvable  
Boîte de 10 sachets



6118000 022107

majid Koud



6118001 040018

ATROVENT 0,50 mg / 2 ml  
(Bromure d'atropinium)  
Solution pour inhalation par nébuliseur  
10 unidoses

BOTTU S.A. PPV : 68 DH 80

66-05-5

Nay Sa

68,00

1) Atrovent



124,00

1 mes

2x1



2) Solalav 1g Malet ex/j

523,90

3) Xarelto 15 mg 1cp (j-14)

721,80

XARELTO 15 mg

Rivaroxaban  
14 cps  
P.P.V. : 529,00 DH  
Bayer S.A.



6118001 090778

PHARMACIE ISMAILIA  
Rue Abu Al Wakk  
Boulgouria - Casablanca  
Tél: 022.35.97.44

Dr. KOUDDANE Abdelmajid

Généraliste

Kasbat Al Amine 1, Immeuble 35, 1er Etage

Lissasfa - Casablanca

Tél: 0522 65 57 72 - GSM: 06 68 98 09 02

Email: abjkouddane@gmail.com

Kasbat Al Amine 1, Immeuble 35, entrée 14, 1<sup>er</sup> étage, App 187 , Lissasfa  
Tél. : 05 22 65 57 72 - GSM : 06 68 98 09 02 - E-mail : abjkouddane@gmail.com



bdelmajid Kouddane

Médecin Généraliste

casablanca, le 26-05-2021.

η<sup>η</sup> GHANNAM Samira

1) NES plaq. + CRP

2) D-Dimers

3) TSH

4) T<sub>4</sub> -

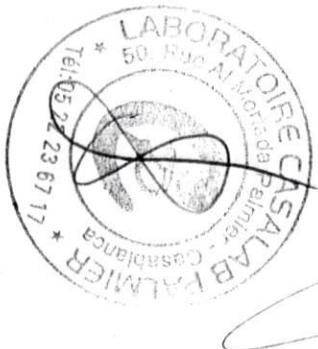
5) K, Ca, Na

Mme GHANNAM Samira  
F 02-03-19618426594  
2105273199

Date/Heure

Préleveuse:

PRELEVEMENT-



Dr. KOUDDANE Abdelmajid  
Généraliste  
Kasbat Al Amine 1, Immeuble 35, 1<sup>er</sup> Etage,  
Lissasta - Casablanca  
Tél: 0522 65 57 72 - GSM: 06 68 98 09 02  
Email: abjkouddane@gmail.com

Kasbat Al Amine 1, Immeuble 35, entrée 14, 1<sup>er</sup> étage, App 187, Lissasta  
Tél.: 05 22 65 57 72 - GSM : 06 68 98 09 02 - E-mail : abjkouddane@gmail.com

# CLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE LONGCHAMPS



090063264

CASABLANCA Le : 29-05-2021

Facture N° 02891/21

**A. Identification**

N° Dossier : CLC21E29092346

N° Identifiant : 009096/21

**Nom & Prénom : Mme GHANNAM SAMIRA**

C.I.N : B426594

Adresse : CASA

**C. Débiteur**

page 1/1

**Organisme : Payant****D. Période d'Hospitalisation**

Date Entrée : 29-05-2021

Date Sortie : 29-05-2021

Médecin traitant : DR . ANESTHESISTE REANIMATEUR

Traitement :

| Qté  | Prestations    | Observation | Prix U.  | L.C. | Coef | Total                |
|--|----------------|-------------|----------|------|------|----------------------|
| <b>RADIOLOGIE</b>                            |                |             |          |      |      |                      |
| 1  | TDM THORACIQUE |             | 1 000,00 |      |      | 1 000,00             |
| Total Rubrique :                             |                |             |          |      |      |                      |
| <b>PARTIE CLINIQUE :</b>                     |                |             |          |      |      |                      |
| <b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b> |                |             |          |      |      |                      |
| Arrêté la présente facture à la somme de :   |                |             |          |      |      |                      |
|  |                |             |          |      |      | <b>TOTAL GENERAL</b> |
|  |                |             |          |      |      | <b>1 000,00</b>      |

MILLE DIRHAMS

**Cachet et Signature**

CLINIQUE MEDICO  
CHIRURGICALE LONGCHAMPS  
4, Boule. Ghandi - Casablanca  
Tél : 05 22 01 27 37 Fax : 05 22 01 39 39

**LABORATOIRE  
CASALAB PALMIER SCP**

**Dr. Mohammed BEZZARI**

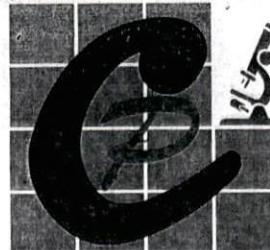
Médecin Biologiste

Diplômé de l'université Catholique  
de Louvain à Bruxelles, Belgique

FACT

Urgence : 24h/24

7/7/2021



273199

Attenue résidente du CHU Ibn Rochd

LABORATOIRE CASALAB PALMIER

**مختبر التحاليل الطبية**

**Dr. Kaoutar OUAZZANI**

Pharmacien Biologiste

Diplômé de l'université Paris Descartes

Attenue résidente du CHU Ibn Rochd

Casablanca le 27/05/2021

INPE : 093002574

**Mme Samira GHANNAM**

Demande N° 2105273199

| Récapitulatif des analyses |  |      |     |             |
|----------------------------|--|------|-----|-------------|
| CN                         | Analyse  | Clé  | Clé | Total       |
| PSA-A                      | Prise de sang Adulte                                   | E25  | E   | 25.00 MAD   |
| DEP                        | Déplacement CASA VILLE                                 | E50  | E   | 50.00 MAD   |
| 0104                       | Calcium  | B30  | B   | 43.50 MAD   |
| 0370                       | C R P (Protéine C réactive)                            | B100 | B   | 145.00 MAD  |
| 0131                       | Potassium  | B30  | B   | 43.50 MAD   |
| 0216                       | Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes) | B80  | B   | 116.00 MAD  |
| 0163                       | TSH  | B250 | B   | 362.50 MAD  |
|                            | D-Dimères  | B300 | B   | 435.00 MAD  |
|                            | Sodium   | B30  | B   | 43.50 MAD   |
|                            | T4 libre (FT4)   | B200 | B   | 290.00 MAD  |
| Total                      |  |      |     | 1554.00 MAD |

Total des B : 1020

Arrêtée la présente facture à la somme de : ..... \* **1554 DH \***

mille cinq cent cinquante-quatre dirhams



**LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES CASALAB PALMIER SCP**

50, Rue Al Mortada - Palmier - Casablanca

05 22 236 717 / 05 22 988 383 ☎ 05 22 236 729 ✉ contact@casalabpalmier.com

IF : 37741235 • Patente : 34771789 • CNSS : 6576120 • ICE : 002189772000081



# LABORATOIRE CASALAB PALMIER SCP

Dr. Mohammed BEZZARI

Médecin Biologiste

Diplômé de l'université Catholique  
de Louvain à Bruxelles, Belgique



# مختبر التحاليل الطبية

Dr. Kaoutar OUAZZANI

Pharmacien Biologiste

Diplômé de l'université Paris Descartes  
Ancienne résidente du CHU Ibn Rochd

Dossier N°: 2105273199

Résultats de : Mme Samira GHANNAM

Né(e) le : 02/03/1961 - 60 ans

N° CIN : B426594

Date du prélèvement : 27/05/2021 17:05. ASS

Edition du : 28/05/2021 à 10:00

Monsieur Le Dr Abdelmajid  
KOUDDANE

Cher confrère, nous vous remercions de votre confiance, et nous vous transmettons les résultats de votre patient.

< Compte-rendu complet >

## HEMATOCYTOLOGIE

### HEMOGRAMME

(SYSMEX XN-1000)

20/05/2021

|               |       |                    |               |       |
|---------------|-------|--------------------|---------------|-------|
| Leucocytes :  | 6,22  | $10^3/\text{mm}^3$ | (3,90–10,20)  | 4,14  |
| Hématies :    | 4,60  | $10^6/\text{mm}^3$ | (3,90–5,20)   | 4,59  |
| Hémoglobine : | 13,90 | g/dL               | (12,00–15,60) | 13,80 |
| Hématocrite : | 39,8  | %                  | (35,5–45,5)   | 41,4  |
| VGM :         | 86,5  | fL                 | (80,0–99,0)   | 90,2  |
| TCMH :        | 30,2  | pg                 | (27,0–33,5)   | 30,1  |
| CCMH :        | 34,9  | g/dL               | (31,5–36,0)   | 33,3  |
| RDW :         | 11,9  | %                  | (0,0–18,5)    | 12,0  |

### Formule leucocytaire :

|                |       |                    |                     |
|----------------|-------|--------------------|---------------------|
| Neutrophiles : | 78,5  | %                  | 37,2                |
| Soit:          | 4 883 | $/\text{mm}^3$     | (1 400–7 700) 1 540 |
| Eosinophiles : | 0,0   | %                  | 0,5                 |
| Soit:          | 0     | $/\text{mm}^3$     | (20–580) 21         |
| Basophiles :   | 0,0   | %                  | 1,0                 |
| Soit:          | 0     | $/\text{mm}^3$     | (0–110) 41          |
| Lymphocytes :  | 14,3  | %                  | 51,9                |
| Soit:          | 889   | $/\text{mm}^3$     | (1 000–4 800) 2 149 |
| Monocytes :    | 7,2   | %                  | 9,4                 |
| Soit:          | 448   | $/\text{mm}^3$     | (150–1 000) 389     |
| Plaquettes:    | 288   | $10^3/\text{mm}^3$ | (150–450) 250       |

Dossier n° 2105273199 – Mme Samira GHANNAM



1 / 3

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES CASALAB PALMIER SCP

50, Rue Al Mortada - Palmier - Casablanca

05 22 236 717 / 05 22 988 383 05 22 236 729 contact@casalabpalmier.com

IF : 37741235 • Patente : 34771789 • CNSS : 6576120 • ICE : 002189772000081



**LABORATOIRE  
CASALAB PALMIER SCP**

**Dr. Mohammed BEZZARI**

Médecin Biologiste

Diplômé de l'université Catholique  
de Louvain à Bruxelles, Belgique



Urgences 24h/24 7j/7

**مختبر التحاليل الطبية**

**Dr. Kaoutar OUAZZANI**

Pharmacien Biologiste

Diplômé de l'université Paris Descartes  
Ancienne résidente du CHU Ibn Rochd

**HEMOSTASE**

20/05/2021

**D-Dimères:**

(Immunoturbidimétrie)

**580** ng/ml

(<500)

1 108

**BIOCHIMIE**

**Sodium (Na)**

(Electrode sélective d'ions diluée (indirecte))

**135,0** mmol/L

(135,0–145,0)

**Potassium (K)**

(Electrode sélective d'ions diluée (indirecte))

**4,74** mmol/L

(3,60–5,20)

**Calcium**

(Arsenazo III)

**89,2** mg/L

(84,0–102,0)

**2,23** mmol/L

(2,10–2,55)

20/05/2021

**Protéine C-Réactive:**

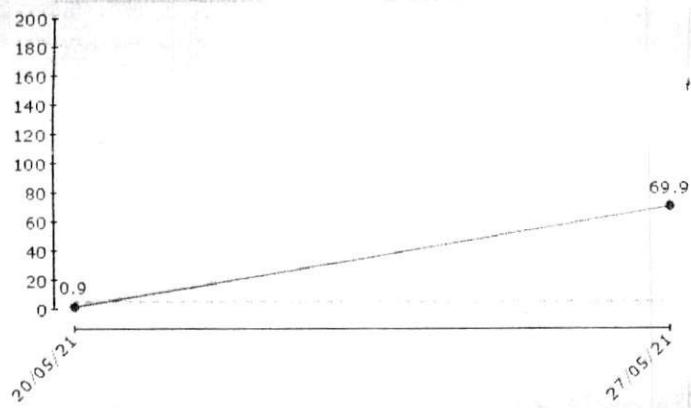
(Test immunoturbidimétrique)

**69,9** mg/L

(<5,0)

0,9

\* Antériorité : Protéine C-Péactive (mg/L)



Dossier n° 2105273199 de Mme Samira GHANNAM

2 / 3

**LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES CASALAB PALMIER SCP**

**50, Rue Al Mortada - Palmier - Casablanca**

**Tel: 05 22 236 717 / 05 22 988 383 • Fax: 05 22 236 729 • E-mail: contact@casalabpalmier.com**

**IF : 37741235 • Patente : 34771789 • CNSS : 6576120 • ICE : 002189772000081**



**LABORATOIRE  
CASALAB PALMIER SCP**

**Dr. Mohammed BEZZARI**

Médecin Biologiste

Diplômé de l'université Catholique  
de Louvain à Bruxelles, Belgique



**مختبر التحاليل الطبية**

**Dr. Kaoutar OUAZZANI**

Pharmacien Biologiste

Diplômé de l'université Paris Descartes  
Ancienne résidente du CHU Ibn Rochd

**BILAN ENDOCRINIEN**

**TSH:**

(ECLIA sur COBAS 6000)

0,37 mUI/L (0,27-4,20)

**Valeurs de référence selon diagnostic -roche :**

**Adultes :**

0,27 à 4,2 mUI/L

**Enfants :**

|               |                   |
|---------------|-------------------|
| 0j à 6j :     | 0,70 à 15,2 mUI/L |
| 6j à 3 mois : | 0,72 à 11,0 mUI/L |
| 3 à 12 mois : | 0,73 à 8,35 mUI/L |
| 1 à 6ans :    | 0,70 à 5,97 mUI/L |
| 6 à 11ans :   | 0,60 à 4,84 mUI/L |
| 11 à 20 ans : | 0,51 à 4,30 mUI/L |

**Femmes enceintes :** < 2 mUI/L

**NB :** La TSH s'abaisse au cours des 3 premiers mois de grossesse.

**T4L – Thyroxine libre:**

(ECLIA sur COBAS 6000)

1,01 ng/dl

(0,90-1,70)

Validation biologique par : Le Dr M. BEZZARI Dr K. OUAZZANI

Le Dr M. JENANE



Dossier n° 2105273199 de Mme Samira GHANNAM

3 / 3

**LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES CASALAB PALMIER SCP**

**50, Rue Al Mortada - Palmier - Casablanca**

**05 22 236 717 / 05 22 988 383** **05 22 236 729** **contact@casalabpalmier.com**

**IF : 37741235 • Patente : 34771789 • CNSS : 6576120 • ICE : 002189772000081**

