

# 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.

## Maladie

## Dentaire

## Optique

## Autres

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 6794 Société :  
 Actif  Pensionné(e) Autre : Retraite  
 Nom & Prénom : OUIHAFSA REZI  
 Date de naissance : 11.52  
 Adresse : 3 lots les Figuiers Ain Sebae  
 Tél. : 0665103302 Total des frais engagés : 23.741.00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : ...../...../.....  
 Nom et prénom du malade : ..... Age : .....  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : .....  
 Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....  
 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 : 8/8/22

Signature de l'adhérent(e) : .....



CONVENTION GROUPE

**DECLARATION DE MALADIE**

(à utiliser par maladie et par personne)

**RECOMMANDATIONS GENERALES  
POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**

dispensable d'établir une déclaration  
ine et par maladie.

ivement recommandé à l'adhérent  
r une photocopie de ses dossiers  
vant leur envoi à la Compagnie  
soursement.

aration maladie doit être entièrement  
tement remplie et doit être accom-  
e toutes les pièces justificatives des  
és :  
iance médicale,

spectus & vignettes ou PPV des  
ents,

onnances prescrivant les examens  
ques et/ou biologiques ainsi que  
lats,

d'hospitalisation, la facture clinique  
nentionnant la nature et éventuelle-  
tation des actes pratiqués accom-  
es notes d'honoraires, du détail de la  
e, des factures annexes ... etc.

le soins ou de prothèse dentaires, le  
taillé des actes pratiqués, leur coeffi-  
i que les numéros et positions des  
ées.

le dossier de lunettes, l'ordonnance  
t les lunettes précisant le degré de  
t la facture de l'opticien renseignée  
mères de nomenclature des verres .

je demande de prise en charge, faire  
ner le devis d'hospitalisation d'un pli  
el justifiant ladite hospitalisation et  
es soins et traitement envisagés ainsi  
it examen de diagnostic.

oumis à l'accord préalable de la  
e : la prothèse dentaire, les extra-  
ciples de plus de 8 dents, les soins  
(laser ... etc.) et les soins en série  
reeducation ... etc.)

e la personne malade bénéficie  
régime de prévoyance, l'assuré  
tter à la Compagnie l'original du  
de remboursement délivré par

7 A chaque changement de situation (mariage,  
divorce, veuvage, naissance), l'adhérent devra  
communiquer à la Compagnie le document  
justifiant ce changement.

8 Les enfants âgés de plus de 20 ans restent  
couverts jusqu'à l'âge de 25 ans sur présenta-  
tion chaque année d'un certificat de scolarité.

9 Le délai de dépôt de toute demande de  
remboursement (déclaration maladie, complé-  
ment ou acte de naissance ... etc.) est de 3  
mois à compter de la date de la 1ère consulta-  
tion, du règlement de l'Assureur de base ou de  
la date de naissance. Si les soins durant plus de  
trois mois, l'assuré est invité à présenter des  
factures partielles.

10 En cas de non présentation à une contre  
visite demandée par la Compagnie, l'assuré  
risque de voir tous ses dossiers bloqués jusqu'à  
ce qu'il apporte des explications pour cette  
absence.

11 Toute fausse déclaration (production de  
renseignements ou de documents intentionnel-  
lement faux, usurpation d'identité, facturation  
de frais non déboursés ... etc.) est passible de  
sanctions prévues par la loi 17-99 portant code  
des assurances (radiation du droit à prestations).

12 Toute réclamation, toute demande de  
complément d'information doivent être  
transmises à la Compagnie dans un délai de  
deux mois.

13 Les pièces justificatives des frais engagés transmis  
à la Compagnie sont la propriété de la Compagnie.

14 En cas d'accident, la présentation des causes  
et circonstances, date, heure, et lieu d'accident  
et transmettre éventuellement la copie du  
procès-verbal de la police ou de la gendarmerie  
en cas d'accident de la voie publique .

Conformément à la loi 09-08, vous disposez d'un droit d'accès, de  
rectification et d'opposition au traitement de vos données personnelles.  
Pour exercer ce droit, veuillez nous contacter à l'adresse suivante : CPTB, 10, rue de la République, 1000 Bruxelles.

A remplir par la contractante

Numéro d'adhésion ..... Date de .....  
AtlantaSanad Dépôt du dossier

Cachet Contractante

Numéro de bordereau .....

Matricule de l'assuré .....

N° de police / N° de filiale .....

Numéro de Sinistre .....  
(si ouverture par système)

A remplir par l'assuré

N° CIN B 349234

Nom et prénom de l'assuré (en lettres capitales)  
EL KHAYAT TAHRA

Lien de parenté

Nom et prénom du malade  
EL KHAYAT TAHRA

Date des soins .....

Signature de l'assuré

23/06/2015

Cadre réservé à Atlantasanal

Cachet de la Cellule Accueil

A Casablanca, le :

Volet détachable à présenter en cas de réclamation

N° DECLARATION

Nom de l'assuré : EL KHAYAT

Matricule :

CIN : B 349234

N° de police / N° de filiale .....

Numéro d'adhésion .....

A. REMPLIR PAR LE MEDECIN

NOM et Prénom du malade

## Nature de la maladie

#### En cas d'Accident (Causes et Circonstances).

Age: ..... Ans

## DETAIL DES SOINS

## SOINS ET PROTHESE DENTAIRES

   <p>ment de prothèse bord être soumis à de la Compagnie.</p>	<input type="radio"/> <b>DEVIS</b> Etabli le .....  <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">S O I N S</th> </tr> <tr> <th>Dates</th> <th>Dents traitées</th> <th>Nature de l'intervention</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td></tr> </tbody> </table>				S O I N S				Dates	Dents traitées	Nature de l'intervention	Coefficient	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	S O I N S																																																			
	Dates	Dents traitées	Nature de l'intervention	Coefficient																																																
	.....	.....	.....	.....																																																
	.....	.....	.....	.....																																																
	.....	.....	.....	.....																																																
	.....	.....	.....	.....																																																
	.....	.....	.....	.....																																																
	.....	.....	.....	.....																																																
	.....	.....	.....	.....																																																
.....	.....	.....	.....																																																	
.....	.....	.....	.....																																																	
.....	.....	.....	.....																																																	
<input type="radio"/> <b>TRAITEMENT</b> Commencé le ..... Terminé le .....																																																				
				<b>PROTHESE</b>  Prothèse mobile - Couronne - dent à tenons <input type="radio"/> Création <input type="radio"/> Remontage <input type="radio"/> Adjonction																																																
servée au contrôle		Montant des soins DH			Montant de la prothèse DH																																															
Cachet et Signature du praticien (s'il s'agit d'un devis)																																																				
Cachet et Signature du praticien attestant l'exécution et la paiement des																																																				



**AtlantaSanad**  
ASSURANCE

**DECOMpte DES PRESTATIONS MALADIE**

N° règlement : 2022097727

Contrat n° : 004.2019.0000130-01

Adhésion n° : 00000086

Malade : Lui même

Numéro RIB : 013780010032184320013948

Ste contractante : RENAULT COMMERCE MAROC

Adhérent(e) : EL KHAYAT TAHRA Soin du : 24/05/2022

Déclaré le : 22/07/2022 Sinistre n° : 040.2022.00453628

Date décision : 25/07/2022

Reçu le : 21/07/2022

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
BANDELETTE	500.00	0.00	500.00	80.00	400.00
(*) Pharmacie	894.10	79.50	814.60	80.00	651.68
BIOLOGIE MEDICALE	980.00	0.00	980.00	80.00	784.00
<b>Totaux</b>	<b>2 374.10</b>	<b>79.50</b>	<b>2 294.60</b>		<b>1 835.68</b>
Dossier n°	AS0001381203/20	Règlement compagnie (Dhs)			<b>1 835.68</b>

Observation(s) :

(\*) NR/CANDIDAX

Signature Adhérent(e)

Docteur Bennani Abdelilah

Cabinet Médical spécialisé en :

- ENDOCRINOLOGIE

- DIABETE

- NUTRITION

(Sur Rendez-Vous)

Casablanca, le ..... Casablanca

Dr. Bennani Abdelilah  
Spécialiste ENDOCRINOLOGIE - DIABETE - NUTRITION  
96 Bd. Mohammed V, 2<sup>ème</sup> étage Appart N° 5 - Casablanca  
Tél : 05 22 40 33 34 - INP 01 22 40 33 34



الدكتور بناني عبد الله

عيادة متخصصة في :

- أمراض الغدد الهرمونية

- السكري

- التغذية

(بالموعد)

24/15/2001

tr. Khayat Techra

Traitement  
de Trois (3) Mois  
(Renouvelable)

100,00 x 6

tr. Khayat Techra

S.V

25,00 x 3

17.30

102.00. S.V

151.

45,50 - côte f6 - 500 15 x 3

S.V

121,30 x 2

tr. Khayat Techra

13

S.V

141,00

201,00. 29 S.V

175,5 - 3,

PHARMACIE RIZIA  
L'ALÉZIA SALOUA  
Dr. Bennani Abdelilah  
96 Bd. Mohammed V, 2<sup>ème</sup> étage Appart N° 5 - Casablanca  
Tél/Fax: 05 22 40 33 34 - INP 01 22 40 33 34

Traitement  
de Trois (3) Mois  
(Renouvelable)

360 PARA HYASAT  
mansour II Bldg 55 N° 10 Sidi Boumadi  
Tél/Fax: 05 22 74 74 74 - Cem: 05 01 52 10 00  
Email: Bennaniabdelilah@wanadoo.fr

200,00 x 3

Lundi - Vendredi

Samedi (matinée)

Dr. Bennani Abdelilah  
Spécialiste ENDOCRINOLOGIE - DIABETE - NUTRITION  
96 Bd. Mohammed V, 2<sup>ème</sup> étage Appart N° 5 - Casablanca  
Tél: 05 22 40 33 34 - INP 01 22 40 33 34

05 22 40 33 34 / 35 - (قرب ساحة آل ياسر) الدار البيضاء - الهاتف 5 - شارع محمد الخامس، الطابق الخامس

433, Bd. Mohammed V, 2<sup>ème</sup> Etage Appart N° 5 - (à côté du Rond Point Albert 1<sup>er</sup>) Casablanca - Tél./Fax : 05.22.40.33.34 / 35

CSM : 06 62 09 09 47 - Email : abdel.benni@hotmail.fr

# Ascabiol

Solution à usage externe

50 ml

ot: 21423  
utiliser de  
éférence avant de voir Etiqu flacon  
C: 79,50 DH

Spécialiste  
SOCRINLOGE - DIAPTE - NUTRITION  
Bd. Mohammed V  
443, 3331, Casablanca  
05 22 40 33 32  
INF. 09 102 1489

18/20

Ascabiol

(S.V)

à appliquer sur tout

le corps pour lever

le douleur (s'applique  
systol ou x 7, 50 4815

29/00 flacon

1/3

(S.V)

29/00 Cendide x 1000 ml opacell

(S.V)

Spécialiste  
SOCRINLOGE - DIAPTE - NUTRITION  
Bd. Mohammed V  
443, 3331, Casablanca  
05 22 40 33 32  
INF. 09 102 1489

PHARMACIE RIZK  
LADY E-HAMDA MEDICAL LABORATORY  
SIN 461 022 58 88 88 88  
DI 1000 5000 022 58 88 88 88  
LADY E-HAMDA MEDICAL LABORATORY  
SIN 461 022 58 88 88 88  
DI 1000 5000 022 58 88 88 88

T = 894,10



 **PARA ILYASS**  
Vente des Produits Paramédicaux et Parapharmaceutiques

Client : OKHARA  
OKHARA

**FACTURE N°16212**

**DATE :** ..... 6/10/81 .....

MONTANT H.T	TAUX T.V.A	MONTANT T.V.A	NET A PAYER
			<i>See</i>

Arrêtée la présente facture à la somme de : .....

# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOFAR

91 Rue N° 2, Amal 3, Sidi Bernoussi, 20600 Casablanca  
Tél. : 05 22 75 62 85 - Fax : 05 22 75 62 86

Sans rendez-vous du Lundi au Vendredi : 08h00 - 18h00  
et Samedi : 8h00 - 13h00

Dr BENNANI Mohammed Mouhssine  
[www.biodiag.ma/labofarb](http://www.biodiag.ma/labofarb)



FACTURE N° : 220700105

Mme EL KHAYAT (Ep OUHAFSA) Tahra  
Référence : 22070305

Date de l'examen : 06-07-2022

Analyses :

## Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
B100	Acide urique sanguin	B30	B
B106	Cholestérol total	B30	B
B108	Cholestérol HDL	B50	B
B109	Cholesterol LDL	B50	B
B111	Créatinine	B30	B
B118	Glycémie	B30	B
B119	Hémoglobine glycosylée	B100	B
B134	Triglycérides	B50	B
B141	Gamma glutamyl transférase (G G T)	B50	B
B146	Transaminases O (TGO)	B50	B
B147	Transaminases P (TGP)	B50	B
B205	Clearance: de la créatinine	B50	B
B241	Cytologie. Culture. Identification	B90	B
B242	Antibiogramme	B60	B

Total des B : 720

TOTAL DOSSIER : 980.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : neuf cent quatre-vingts dirhams .

Dr. BENNANI MOUHSSINE  
LABOFAR  
91, Rue 2, Amal 3 - Sidi Bernoussi - Casablanca  
Tél. : 05 22 75 62 85 / 05 22 75 61 67

Docteur Bennani Abdellah

Cabinet Médical spécialisé en :

- ENDOCRINOLOGIE

- DIABETE

- NUTRITION

(Sur Rendez-Vous)



الدكتور بناني عبد الله  
عيادة متخصصة في :  
- أمراض الغدد الهرمونية  
- السكري  
- التغذية  
(بالموعد)

Casablanca, le : .....

Bennani Abdellah  
Spécialiste  
ENDOCRINOLOGIE - DIABÈTE - NUTRITION  
443, Bd. Mohammed V  
tél. : 05 22 40 33 34 - Casablanca  
INP.091024489

in nL.ydr. Tel 22

gyc  
15/11/04

DFG ( - 11.20 )

h2r, hyc, rct

cl (HDL - VDL) - R

α

CCB

Dr. BENNAI Abdellah  
Endocrinologist  
443, Bd. Mohammed V  
tél. : 05 22 40 33 34 - Casablanca  
INP.091024489

Bennani Abdellah  
Spécialiste  
ENDOCRINOLOGIE - DIABÈTE - NUTRITION  
443, Bd. Mohammed V  
tél. : 05 22 40 33 34 - Casablanca  
INP.091024489

Horaire de Consultation:

Lundi - Vendredi : 9h - 17h

Samedi (matinée) : 9h - 13h

5 22 40 33 34 / 35 , شارع محمد الخامس، الطابق الثاني، رقم 5 - (قرب ساحة آل ياسر) الدار البيضاء - الهاتف 433  
3, Bd. Mohammed V, 2<sup>ème</sup> Etage Appt N° 5 - (à côté du Rond Point Albert 1<sup>er</sup>) Casablanca - Tél./Fax : 05.22.40.33.34 / 35  
GSM : 06 63 08 09 47 - Email : abdel.benn@hotmai.fr

# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOFAR

BIOCHIMIE - HÉMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE -  
BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE

Tél. : 05 22 75 62 85 - Fax : 05 22 75 62 86

Sans rendez-vous du Lundi au Vendredi : 08h00 - 18h00  
et Samedi : 8h00 - 13h00

Dr BENNANI Mohammed Mouhssine  
[www.biodiag.ma/labofarb](http://www.biodiag.ma/labofarb)



Code Patient 18010161  
Edition : 07-07-2022 à 09:55

**Mme EL KHAYAT (Ep OUHAFSA) Tahra**  
Né(e) le : 02-10-1944 (77 ans - F)

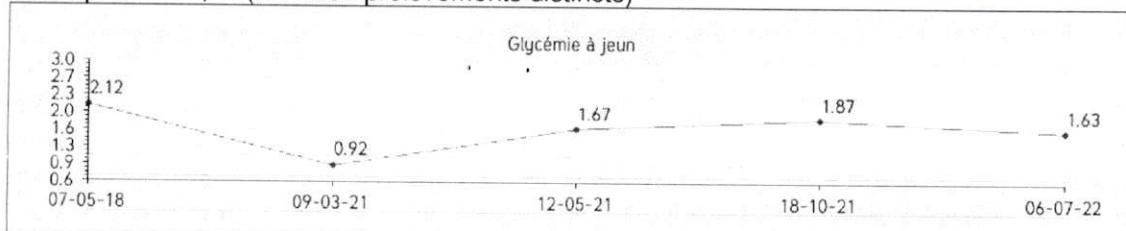
Référence : 22070305  
Médecin :  
Prélèvement du : 06-07-2022 à 11:27

## BIOCHIMIE SANGUINE

			24-02-2022
<b>Acide Urique</b> (ARCHITECT CI 4100)	<b>68</b> mg/L <b>0.40</b> mmol/L	(25-60) (0.15-0.36)	58
<b>Créatinine</b> (ARCHITECT Ci 4100)	<b>7.0</b> mg/L <b>61.6</b> µmol/L	(<13.0) (<114.4)	7.5
<b>Glycémie à jeun</b> (ARCHITECT Ci 4100)	<b>1.63</b> g/L <b>9.05</b> mmol/L	(0.70-1.10) (3.89-6.11)	1.87

### Consensus :

- Taux normal : de 0,60 à 1,10 g/L
- Diminution de la tolérance au glucose : de 1,10 à 1,26 g/L
- Sujet diabétique : > à 1,26 (sur deux prélèvements distincts)



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
LABOFAR  
Dr. BENNANI MOUHSSINE  
93, Rue 3, Avenue 3 - 9000 Herstal - Belgique  
Tél. : 05 22 75 62 86 - Fax : 05 22 75 62 86

# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOFAR

BIOCHIMIE - HÉMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE -  
BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE

Tél. : 05 22 75 62 85 - Fax : 05 22 75 62 86

Sans rendez-vous du Lundi au Vendredi : 08h00 - 18h00  
et Samedi : 8h00 - 13h00

Dr BENNANI Mohammed Mouhssine  
www.biodiag.ma/labofar

Référence : 22070305

Mme EL KHAYAT (Ep OUHAFSA) Tahra

## CLAIRANCE DE LA CREATININE PAR MDRD :

			24-02-2022
<b>Créatinine sanguine</b> (Dosage enzymatique)	7.0 mg/L 61.6 µmo/L	(<13.0) (<114.4)	7.5
<b>Clearance calculé (DFG)</b>	81 mL/min		75

### Interprétation du DFG en mL/min selon les recommandations HAS de septembre 2002 :

- Insuffisance rénale modérée : 30 - 60 mL/min
- Insuffisance rénale sévère : 15 - 30 mL/min
- Insuffisance rénale terminale : <10 mL/min

		24-02-2022
<b>Hémoglobine glyquée (HbA1c)</b> (Biorad D 10)	7.60 %	7.60

### Valeurs de référence :

Sujet normoglycémique : 4,00 à 6,00 % de l'hémoglobine totale.

Sujet diabétique équilibré type 2 : objectif ciblé autour de 6,50 %.

Sujet diabétique équilibré type 1 : objectif ciblé autour de 7 %

Diabète mal équilibré : taux supérieur à 8,50 %.

		24-02-2022
<b>Cholestérol total</b> (ARCHITECT Ci 4100)	1.82 g/l 4.71 mmol/L	(<2.00) (<5.17)

		24-02-2022
<b>Triglycérides</b> (ARCHITECT Ci 4100)	1.60 g/L 1.82 mmol/L	(0.35-1.50) (0.40-1.71)

		24-02-2022
<b>HDL-Cholestérol</b> (Architect Ci4100)	0.42 g/L 1.09 mmol/L	(>0.50) (>1.29)

Laboratoire d'Analyses Médicales  
**LABOFAR**  
Dr. BENNANI MOUHSSINE  
91, Rue Z. Aïtouf 3 - 36000 GOURMANS - CASABLANCA  
Tél. : 05 22 75 62 85 / 06 23 39 81 47

# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOFAR

BIOCHIMIE - HÉMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE -  
BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE

Tél. : 05 22 75 62 85 - Fax : 05 22 75 62 86

Sans rendez-vous du Lundi au Vendredi : 08h00 - 18h00  
et Samedi : 8h00 - 13h00

Dr BENNANI Mohammed Mouhssine  
www.biodiag.ma/labofar

Référence : 22070305

Mme EL KHAYAT (Ep OUHAFSA) Tahra

<b>LDL-Cholestérol</b> (Calculé selon la formule de Friedwald)	1.08	g/L 2.79 mmol/L	(<1.60) (<4.14)	24-02-2022 1.15
<b>Transaminases GPT (ALAT) :</b> (ARCHITECT CI 4100)	16	UI/L	(<31)	24-02-2022 21
<b>Transaminases GOT (ASAT) :</b> (ARCHITECT Ci 4100)	20	UI/L	(<31)	24-02-2022 25
<b>Gamma G. T (GGT)</b> (Architect Ci4100)	24	UI/L	(<38)	24-02-2022 27

Labofar  
Dr. BENNANI Mohammed  
95, Rue 3, Anfa 3 - 1000 Casablanca - Maroc  
Tél. : 05 22 75 62 85 / 06 23 33 81 47

# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOFAR

BIOCHIMIE - HÉMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE -  
BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE

Tél. : 05 22 75 62 85 - Fax : 05 22 75 62 86

Sans rendez-vous du Lundi au Vendredi : 08h00 - 18h00  
et Samedi : 8h00 - 13h00

Dr BENNANI Mohammed Mouhssine  
www.biadiag.ma/labofarb

Référence : 22070305

Mme EL KHAYAT (Ep OUHAFSA) Tahra

## BACTERIOLOGIE

### EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

#### EXAMEN CHIMIQUE:

24-02-2022

pH:	6.0	6.0
Sucre:	Négative	
Albumine:	Négative	
Sang:	Négative	
Acétone:	Négative	

### EXAMEN CYTOLOGIQUE

Leucocytes :	<1 / mm <sup>3</sup>	(0-10)	<1
	<1 000 / ml	(0-10 000)	
Hématies :	<1 / mm <sup>3</sup>	(0-5)	<1
	<1 000 / ml	(0-5 000)	
Cellules épithéliales :	Absence		
Cylindres :	Absence		
Cristaux:	Absence		

### EXAMEN BACTERIOLOGIQUE

Gram :	Négatif
Cultures :	Négative
Conclusion:	

Demande validée biologiquement par : Dr. M.BENNANI

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
LABOFAR  
Dr. BENNANI MOUHSSINE  
91, Rue 2, Anfa 3 - Sidi Bouzid - Casablanca  
Tél : 05 22 75 62 86 / 05 23 39 81 47