

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

- 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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-793491

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4504 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL YASNI KHALID
 Date de naissance : 28-02-1963
 Adresse : LOT EL ASSIL RUE 3 N° 135 MOHANNADIA
 Tél. : 0661167427 Total des frais engagés : 2789,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. AIT SEDDIK Soaad Médecin généraliste Central Park, BD Abdelmoumen Imm. D, N° 45, Mohammedia
 Date de consultation : 31/05/2023
 Nom et prénom du malade : Maakoul Yasmira Age : 4 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Asthme + affection digestive
 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 : 5 JUIN 2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
31/03/23	C	1	250,00	Dr. AIT SEDDIK SOUKRI Médecin Généraliste Fam. 10, BD Abdelmoham N° 45, Moham
05/04/23	C	1		Dr. AIT SEDDIK SOUKRI Médecin Généraliste Fam. 10, BD Abdelmoham N° 45, Moham

31/03/23	C	1	250,00	INR 261163382
----------	---	---	--------	---------------

Dr. AIT SEDDIK SO

55/64/93

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO

Foi recebido por mim, o(a) Sr(a) _____, portador(a) do RG nº _____ e CPF nº _____, a seguinte documentação:

Assinatura do(a) Recebente

Nome do(a) Recebente

Data de Assinatura

Localidade

Estado

Município

CEP

Endereço Completo

Cidade

UF

País

Outros dados relevantes

Observações

Assinatura do(a) Emissor(a)

Nome do(a) Emissor(a)

Cargo do(a) Emissor(a)

Data de Assinatura

Localidade

Estado

Município

CEP

Endereço Completo

Cidade

UF

País

Outros dados relevantes

Observações

Assinatura do(a) Testemunha

Nome do(a) Testemunha

Cargo do(a) Testemunha

Data de Assinatura

Localidade

Estado

Município

CEP

Endereço Completo

Cidade

UF

País

Outros dados relevantes

Observações

Assinatura do(a) Encarregado(a)

Nome do(a) Encarregado(a)

Cargo do(a) Encarregado(a)

Data de Assinatura

Localidade

Estado

Município

CEP

Endereço Completo

Cidade

UF

País

Outros dados relevantes

Observações

Assinatura do(a) Responsável Técnico

Nome do(a) Responsável Técnico

Cargo do(a) Responsável Técnico

Data de Assinatura

Localidade

Estado

Município

CEP

Endereço Completo

Cidade

UF

País

Outros dados relevantes

Observações

Assinatura do(a) Coordenador(a)

Nome do(a) Coordenador(a)

Cargo do(a) Coordenador(a)

Data de Assinatura

Localidade

Estado

Município

CEP

Endereço Completo

Cidade

UF

País

Outros dados relevantes

Observações

Assinatura do(a) Diretor(a)

Nome do(a) Diretor(a)

Cargo do(a) Diretor(a)

Data de Assinatura

Localidade

Estado

Município

CEP

Endereço Completo

Cidade

UF

País

Outros dados relevantes

Observações

Assinatura do(a) Presidente

Nome do(a) Presidente

Cargo do(a) Presidente

Data de Assinatura

Localidade

Estado

Município

CEP

Endereço Completo

Cidade

UF

País

Outros dados relevantes

Observações

Assinatura do(a) Representante Legal

Nome do(a) Representante Legal

Cargo do(a) Representante Legal

Data de Assinatura

Localidade

Estado

Município

CEP

Endereço Completo

Cidade

UF

País

Outros dados relevantes

Observações

Assinatura do(a) Administrador(a)

Nome do(a) Administrador(a)

Cargo do(a) Administrador(a)

Data de Assinatura

Localidade

Estado

Município

CEP

Endereço Completo

Cidade

UF

País

Outros dados relevantes

Observações

Assinatura do(a) Fiscalizador(a)

Nome do(a) Fiscalizador(a)

Cargo do(a) Fiscalizador(a)

Data de Assinatura

Localidade

Estado

Município

CEP

Endereço Completo

Cidade

UF

País

Outros dados relevantes

Observações

Assinatura do(a) Auditor(a)

Nome do(a) Auditor(a)

Cargo do(a) Auditor(a)

Data de Assinatura

Localidade

Estado

Município

CEP

Endereço Completo

Cidade

UF

País

Outros dados relevantes

Observações

Assinatura do(a) Controlador(a)

Nome do(a) Controlador(a)

Cargo do(a) Controlador(a)

Data de Assinatura

Localidade

Estado

Município

CEP

Endereço Completo

Cidade

UF

País

Outros dados relevantes

Observações

Assinatura do(a) Supervisor(a)

Nome do(a) Supervisor(a)

Cargo do(a) Supervisor(a)

Data de Assinatura

Localidade

Estado

Município

CEP

Endereço Completo

Cidade

UF

País

Outros dados relevantes

Observações

Assinatura do(a) Gerente(a)

Nome do(a) Gerente(a)

Cargo do(a) Gerente(a)

Data de Assinatura

Localidade

Estado

Município

CEP

Endereço Completo

Cidade

UF

País

Outros dados relevantes

Observações

Assinatura do(a) Analista(a)

Nome do(a) Analista(a)

Cargo do(a) Analista(a)

Data de Assinatura

Localidade

Estado

Município

CEP

Endereço Completo

Cidade

UF

País

Outros dados relevantes

Observações

Assinatura do(a) Operário(a)

Nome do(a) Operário(a)

Cargo do(a) Operário(a)

Data de Assinatura

Localidade

Estado

Município

CEP

Endereço Completo

Cidade

UF

País

Outros dados relevantes

Observações

Assinatura do(a) Auxiliar(a)

Nome do(a) Auxiliar(a)

Cargo do(a) Auxiliar(a)

Data de Assinatura

Localidade

Estado

Município

CEP

Endereço Completo

Cidade

UF

País

Outros dados relevantes

Observações

Assinatura do(a) Estagiário(a)

Nome do(a) Estagiário(a)

Cargo do(a) Estagiário(a)

Data de Assinatura

Localidade

Estado

Município

CEP

Endereço Completo

Cidade

UF

País

Outros dados relevantes

Observações

Assinatura do(a) Voluntário(a)

Nome do(a) Voluntário(a)

Cargo do(a) Voluntário(a)

Data de Assinatura

Localidade

Estado

Município

CEP

Endereço Completo

Cidade

UF

País

Outros dados relevantes

Observações

Assinatura do(a) Profissional Liberto(a)

Nome do(a) Profissional Liberto(a)

Cargo do(a) Profissional Liberto(a)

Data de Assinatura

Localidade

Estado

Município

CEP

Endereço Completo

Cidade

UF

País

Outros dados relevantes

Observações

Assinatura do(a) Profissional Contratado(a)

Nome do(a) Profissional Contratado(a)

Cargo do(a) Profissional Contratado(a)

Data de Assinatura

Localidade

Estado

Município

CEP

Endereço Completo

Cidade

UF

País

Outros dados relevantes

Observações

Assinatura do(a) Profissional Temporário(a)

Nome do(a) Profissional Temporário(a)

Cargo do(a) Profissional Temporário(a)

Data de Assinatura

Localidade

Estado

Município

CEP

Endereço Completo

Cidade

UF

País

Outros dados relevantes

Observações

Assinatura

EXECUTION DES ORDONNANCES

~~Tel: 05 23 27 18 99~~

Date _____

Montant de la Facture

05104123	403, 20
----------	---------

31/03/23 45, 30

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires

	Coefficients	des Honoraires
31.03.23	B: 1990	2000 D H

Cachet et signature
du Particien

Date des

Nombre

Montant détaillé
des Honoraires

AM

BC

IM

IV

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

Important :

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

INP: | | | | | | | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

上

2553341:

2 | 21433552

1

	00000000
--	----------

5

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Soaad Aït Seddik

- Diplôme en médecine générale de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat
- Diplôme universitaire en nutrition et diététique de l'université de Versailles
- Diplôme universitaire en prévention du vieillissement pathologique de l'université Paris XI

د. سعاد أيت الصديق
دكتورة في الطب العام من كلية الطب
و الصيدلة من جامعة الرباط
دبلوم جامعي في التغذية و الحمية
من جامعة فرساي
دبلوم جامعي في الوقاية من أمراض
الشيخوخة من جامعة باريس XI

ORDONNANCE

Nom : Mme Maakoul Yasmina

Date : 31/03/2023

45.30

1/Ventoline : aérosol

2 bouffées en cas de besoin



Lot
EXP
PPV

5X7F-A
05 2024
45,30 DH

Dr. AIT SEDDIK Soaad
Médecin généraliste
Central Park, BD Abdelmoumen
Imm. D, N° 45, Mohammedia
Tél: 05 23 27 18 99

ICE : 002261665000037



061163382

La date de tous les documents émis est interchangeable.

INPE:092084540

RES. DES BÉNÉFICIAIRES DE BEN TRIA
IMM. D, N° 45, MOHAMMEDIA
Tél: 05 23 27 18 99
INPE: 092084540

Central Park, BD Abdelmoumen, Immeuble D, N 45, 6ème étage, Mohammedia
سنترال بارك، شارع عبد المومن، عمارة د، رقم 45، الطابق السادس، المحمدية
Email: soaad@draitseddik.ma Tél: 05 23 27 18 99 : الهاتف

D3 NORM[®]

200 UI

GOUTTES BUVABLES



8 051128 634501

Lot:

220240

A consommer

avant le:

04/2025

PPC: 89,50 DH

Dr. Soaad Aït Seddik

- Diplôme en médecine générale de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat
- Diplôme universitaire en nutrition et diététique de l'université de Versailles
- Diplôme universitaire en prévention du vieillissement pathologique de l'université Paris XI

د. سعاد أيت الصديق

- دكتورة في الطب العام من كلية الطب و الصيدلة من جامعة الرباط
- دبلوم جامعي في التغذية و الحمية من جامعة فرساي
- دبلوم جامعي في الوقاية من أمراض الشيخوخة من جامعة باريس XI

ORDONNANCE

Nom : Mme Maakoul Yasmina

Date : 05/04/2023

89,50

1/D3Norm : 200ui/goutte

10 gouttes une fois par jour pendant 1 mois

2/Inexium : cp 20 mg

1 cp deux fois par jour pendant 2 semaines

puis 1 cp une fois par jour les 2 semaines suivantes

3/Seroplex : cp 10 mg

1/2 cp une fois par jour pendant 1 semaine puis 1 cp une fois par jour les 3 semaines suivantes

INPE:092084540

ICE : 002261665000037



061163382

Dr. AIT SEDDIK Soaad

Médecin généraliste

Central Park, BD Abdelmoumen

Imm. D, N° 45, Mohammedia

Tel: 05 23 27 18 99

PHARMACIE ANAJM SARL AU
RES. LA ...

IMM. 2 ET 3 - MOHAMMEDIA

Tel : 05 23 33 01 27

INPE : 092084540

La date de tous les documents émis est interchangeable.

Central Park, BD Abdelmoumen, Immeuble D, N 45, 6ème étage, Mohammedia

سنترال بارك، شارع عبد المومن، عمارة د، رقم 45، الطابق السادس، المحمدية

Email: soaad@draitseddik.ma Tél: 05 23 27 18 99 :الهاتف

...hormonaux non stéroïdiens, aspirine, antidépresseurs tricycliques,
... (par exemple...),
- si vous avez une insuffisance rénale sévère,
- si vous présentez une maladie coronarienne (angine de poitrine),
- en cas d'allaitement.

Aliments et boissons

La consommation d'alcool est déconseillée au cours du traitement.

Grossesse

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament. Il est préférable de ne pas utiliser ce médicament pendant la grossesse.

Si vous découvrez une grossesse pendant le traitement, consultez votre médecin.

Allaitement

L'utilisation de ce médicament est déconseillée en cas d'allaitement.

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

Conduite de véhicules et utilisation de machines

SEROLEX ne provoque pas de somnolence. Cependant, vous devez, suite à la prise de ce médicament comme avec tout autre nouveau médicament, faire attention lors de la conduite d'un véhicule et l'utilisation d'une machine et ceci, tant que vous ne connaissez pas votre sensibilité à ce produit.

Prise ou utilisation d'autres médicaments

Veillez indiquer à votre médecin ou à votre pharmacien si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, même s'il s'agit d'un médicament obtenu sans ordonnance.

Vous ne devez pas prendre ce médicament en même temps que certains autres médicaments utilisés dans :

- le traitement de la dépression IMAO non sélectifs (nialamide, iproniazide) :

respectez un délai de deux semaines entre l'arrêt de ces médicaments et le début du traitement par SEROLEX 10 mg, comprimé pelliculé sécable, et d'au moins une semaine entre l'arrêt de SEROLEX 10 mg, comprimé pelliculé sécable et le début du traitement par ces médicaments.

L'association de ce médicament est déconseillée avec certains autres médicaments utilisés dans :

- le traitement de la dépression

IMAO-A sélectif (moclobémide) : respectez un délai d'une journée entre l'arrêt de ce médicament et le début du traitement par SEROLEX 10 mg, comprimé pelliculé sécable, et d'au moins une semaine entre l'arrêt de SEROLEX 10 mg, comprimé pelliculé sécable et le début du traitement par ce médicament.

Vous ne devez généralement pas prendre ce médicament sans précautions par avis contraire de votre médecin, en même temps que certains autres médicaments exemple dans :

- le traitement de la dépression (imipramine, désipramine),
- le traitement des troubles mania-co-dépessifs (lithium),
- le traitement de la maladie de Parkinson (séléline),
- le traitement de certaines maladies cardiovasculaires (métoprolol),
- le traitement de certaines maladies thrombo-emboliques (anticoagulants oraux)
- le traitement de la migraine (sumatriptan) et médicaments similaires, tramadol
- le traitement des ulcères (cimétidine à dose supérieure à 800 mg par jour, oméprazole)
- le traitement des troubles de l'humeur avec des préparations à base de millepertuis (Hypericum perforatum).

Maphar

Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca

Seroplex 10mg cp sec b28
P.P.V : 240,00 DH



COMMENT PRENDRE SEROLEX 10 mg. COMPRIMÉ PELLICULÉ SÉCABLE ?

Ne pas mâcher, avaler avec un verre d'eau.

Ne pas prendre avec du lait ou des produits laitiers.

tréquent (peut affecter jusqu'à une personne sur 100)
Gonflement des pieds et des chevilles.
Troubles du sommeil (insomnie).
Etourdissements, tourbillonnements comme des sensations d'épingles et d'aiguilles.

somnolence.
Tête qui tourne (vertige).
Sécheresse de la bouche.
Changements au niveau des résultats des tests sanguins qui contrôlent le fonctionnement de votre foie.
Eruption cutanée, urticaire et démangeaisons.
Fracture de la hanche, du poignet ou du rachis (si Nexium est utilisé à des doses élevées et pendant une longue période).

(peut affecter jusqu'à une personne sur 1 000)
Troubles sanguins tels qu'une diminution du nombre de globules blancs ou de plaquettes.
Ceux-ci peuvent provoquer une faiblesse, des ecchymoses ou rendre les infections plus probables.

Faibles taux de sodium dans le sang. Ceci peut provoquer une faiblesse, des vomissements et des crampes.
Agitation, confusion ou dépression.
Troubles du goût.

Troubles de la vue tels que vision trouble.
Respiration sifflante soudaine ou siffle court (bronchospasme).
Inflammation de l'intérieur de la bouche.

Infection.
Probabilité.
une l.
Perte.
Erup.
Dou.
Set.

SYNTHEMEDIC
noires casablanca
INEXIUM

20 mg
Boîte 14



culaires (myalgie).
de d'énergie.

le sur 10 000)

produit à partir de... pendant votre traitement.

par INEXIUM, vous devez en parler immédiatement à votre médecin :

Vous ne devez sans raison beaucoup de poids et avez des problèmes de déglutition, douleurs à l'estomac ou d'indigestion, à vomir de la nourriture ou du sang, ires (féces tachées de sang).

lexium «sur demande», contactez votre médecin si vos symptômes de caractère.

e la pompe à protons comme INEXIUM, plus particulièrement sur une 1, peut augmenter légèrement votre risque de fracture de la hanche, du os vertébrale. Prévenez votre médecin si vous souffrez d'ostéoporose ou si ostéorides (qui peuvent augmenter le risque d'ostéoporose), e éruption cutanée, en particulier au niveau des zones exposées au soleil,

consultez votre médecin dès que possible, car vous devrez peut-être arrêter votre traitement par INEXIUM. N'oubliez pas de mentionner également tout autre effet néfaste, comme une douleur dans vos articulations.

Enfants de moins de 12 ans

L'information sur le dosage pour des enfants âgés de 1 à 11 ans est fournie dans l'information du produit INEXIUM sachet (Consultez votre médecin ou pharmacien si vous désirez plus d'informations).

Autres médicaments et INEXIUM

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou pourriez prendre tout autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance. INEXIUM peut affecter la manière dont fonctionnent certains médicaments et certains médicaments peuvent avoir un effet sur INEXIUM.

Ne prenez pas INEXIUM, comprimés, si vous prenez un médicament qui contient du nelfinavir (utilisé pour traiter l'infection par le VIH).

Avertissez votre médecin ou votre pharmacien si vous prenez l'un des médicaments suivants :

- Atazanavir (utilisé pour traiter le virus du VIH).
- Clopidogrel (utilisé pour prévenir les caillots sanguins)
- Kétoconazole, de l'itraconazole ou du voriconazole (utilisés pour traiter des infections causées par des champignons)

SYNTHEMEDIC

22 rue zeubeir brou al aouam roches noires casablanca

INEXIUM

20 mg
Boîte 14
640/150MP/21MRQ
P.P.V : 82,10 DH
118001 020591

Rare (peut

- Troubl
- Ceux
- probab
- Faibles
- et des
- Agitati
- Troubl
- Troubl
- Respir
- Inflamm
- Infecti
- Probl
- une un
- Perte
- Erupti
- Doule
- Sens
- Augm

Très rare

Dr. Soaad Aït Seddik

- Diplôme en médecine générale de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat
- Diplôme universitaire en nutrition et diététique de l'université de Versailles
- Diplôme universitaire en prévention du vieillissement pathologique de l'université Paris XI

د. سعاد أيت الصديق

- دكتورة في الطب العام من كلية الطب و الصيدلة من جامعة الرباط
- دبلوم جامعي في التغذية و الحمية من جامعة فرساي
- دبلوم جامعي في الوقاية من أمراض الشيخوخة من جامعة باريس XI

ORDONNANCE

Nom : Mme Maakoul Yasmina

Date : 31/03/2023

Faire SVP :

- 1/Ferritinémie
- 2/ASAT-ALAT-GGT-PAL
- 3/Calcémie
- 4/Magnésémie
- 5/Ionogramme sanguin
- 6/Test à l'urée
- 7/ACE – CA19-9

LABORATOIRE LES ORCHIDEES
DR. Ouafae KECHABA
BIOLOGISTE
Rés. Les Orchidées / Mohammedia
Tél. 0523 31 66 66 - 052103 03 60
ICE : 003093353000058

Dr. AIT SEDDIK Soaad
Médecin généraliste
Central Park, BD Abdelmoumen
Imm. D, N° 45, Mohammedia
Tél: 05 23 27 18 99

ICE : 002261665000037



061163382

La date de tous les documents émis est interchangeable.

Central Park, BD Abdelmoumen, Immeuble D, N 45, 6ème étage, Mohammedia
سنترال بارك، شارع عبد المومن، عمارة د، رقم 45، الطابق السادس، المحمدية
Email: soaad@draitseddik.ma Tél: 05 23 27 18 99 : الهاتف

INPE: 063065395 -- TP: 39401274 -- IF: 52493213 -- ICE: 003093353000058

FACTURE N° 0084/23

EDITEE le **31/03/2023**
Nom et prénom **MME MAAKOUL YASMINA**
Date de prélèvement **31/03/2023**
Référence **23C102**
Médecin prescripteur **Docteur SOAAD AIT SEDDIK**

Acte de biologie demandé	Cotation (B)
FERRITINE SERIQUE	250
TRANSAMINASES GOT+GPT	100
GGT.GAMMA GLUTAMYL TRANSFERASE	50
PHOSPHATASES ALCALINES	50
CALCIUM SERIQUE (CALCEMIE, CA)	30
MAGNESIUM PLASMATIQUE	60
IONOGRAMME COMPLET	200
HELICOBACTER PYLORI.TEST RESPIRATOIRE UREE INFAI	600
CA 19_9	400
ACE.ANTIGENE CARCINOEMBRYONNAIRE	250
Total du (B)	B 1990
Prise de sang (PC)	0,00 DH
Montant en DH	2 000,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de: **DEUX MILLE DIRHAMS**

LABORATOIRE LES ORCHIDEES
DR. **Ouafac KECHABA**
BIOLOGISTE
Rés. Les Orchidées 4 Mohammedia
Tel. 0523 31 66 66 - 052103 03 60
ICE : 003093353000058

Prélèvement du : 31/03/2023 à 13:02

Résultats édités le: 03/04/2023



MME MAAKOUL YASMINA

Dossier N° 23C102

Page: 1/3

IONOGRAMME

IONOGRAMME SANGUIN

SODIUM (Electrode spécifique)	: 137,00	mEq/l	135,00 à 145,00 mEq/l
POTASSIUM (Electrode spécifique)	: 4,05	mEq/l	3,50 à 5,10
CHLORE (Electrode spécifique)	: 104,00	mEq/l	97,00 à 111,00
RESERVE ALCALINE (Colorimétrie)	: 22,00	mEq/l	22,00 à 30,00
PROTIDES (Colorimétrie)	: 66,00	g/l	60,00 à 82,00 g/l

BIOCHIMIE SANGUINE (Sur Automate INDIKO PLUS)

TRANSAMINASES GPT (Cinétique enzymatique à 37°)	: 12	U/l	< à 34 U/l
TRANSAMINASES GOT (Cinétique enzymatique à 37°)	: 13	U/l	< à 31
GAMMA GLUTAMYL TRANSFERASE (GGT) (Cinétique enzymatique à 37°)	: 5,00	U/l	< à 40,00

LABORATOIRE LES ORCHIDÉES
DR. OUAFAE KECHABA
BIOLOGISTE
RÉSIDENTE ORCHIDÉES 4 - MOHAMMEDIA
TEL: 06.41.88.10.71
I.C.E: 00309335000058

📍 Boulevard Mohammed 6. Résidence Les Orchidées 4. Immeuble B. Mohammedia - Maroc

☎ 05.23.31.66.66 / 05.21.03.03.60 - URGENCES : 06.69.77.70.66

ICE : 003093353000058 - TP : 39401274 - IF : 52493213

Prélèvement du : 31/03/2023 à 13:02
Résultats édités le: 03/04/2023



MME MAAKOUL YASMINA
Dossier N° 23C102

Page: 2/3

CALCIUM (Colorimétrie)	: 101,00	mg/l	86,00 à 102,00
	2,53	mmol/l	2,15 à 2,55
MAGNESIUM PLASMATIQUE (Colorimétrie)	: 20,00	mg/l	17,00 à 24,00 mg/l
	0,82	mmol/l	0,70 à 0,98 mmol/l
PHOSPHATASES ALCALINES (Cinétique enzymatique à 37°)	: 56,00	U/l	35,00 à 105,00

HORMONOLOGIE
(Vidas-Biomérieux)

FERRITINE SERIQUE (Technique ELFA)	: 13,90	ng/ml	10,00 à 200,00
--	---------	-------	----------------

MARQUEURS TUMORAUX
(Vidas - Biomérieux)

ANTIGENE CARCINO-EMBRYONNAIRE (Chimiluminescence)	: 1,46	ng/ml	< à 6,50
ANTIGENE CA 19-9 (Chimiluminescence)	: 18,90	U/ml	< à 34,00

LABORATOIRE LES ORCHIDÉES
DR. OUAFAE KECHABA
BIOLOGISTE
RÉSIDENTE LES ORCHIDÉES 4 - MOHAMMEDIA
TEL : 06.41.98.10.71
I.C.E : 003093353000058

Prélèvement du : 31/03/2023 à 13:02

Résultats édités le: 04/04/2023



MME MAAKOUL YASMINA

Dossier N° 23C102

Prescripteur: Docteur SOAAD AIT SEDDIK

Page: 3/3

BACTERIOLOGIE

Test respiratoire à l'urée (HP)

(Technique Spectrophotométrique)

Index T0	:	-25,1	delta°/00
Index T30	:	22,5	delta°/00
Index T30-T0	:	47,6	(< à 5,00)

Résultat

Présence d'Helicobacter pylori.

Demande validée biologiquement par: DR Ouafae KECHABA

Total de pages: 3

LABORATOIRE LES ORCHIDÉES
DR. OUAFABE KECHABA
BIOLOGISTE
RÉSIDENTE ORCHIDÉES 4 - MOHAMMEDIA
TEL: 06.41.88.10.71
I.C.E: 003093353000058