

## 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 vignette, une copie de la notice est nécessaire.

## 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

- En cas de prothèses ou de  
obligatoire avant le début de  
La facture doit être jointe à la  
La radio-après soins est oblig

## Maladie et Affection Longue

- La déclaration de maladie chirurgicale de 3 mois.

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation
  - 0 Prise en charge
  - 0 Adhésion et changement de statut

La MUPRAS garantit le respect de la loi n°  
à caractère personnel.

**MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - Casablanca 20000 - T**



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

## Déclaration de Maladie

Nº W21-800803

8/2

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>10604</u>	Société : <u>R. M. M.</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>1898.81</u>
Nom & Prénom : <u>TAFI - WADI</u>			
Date de naissance : <u>le 01 Dec 1987</u>			
Adresse : <u>10, Bld. AMRO Bérechid</u>			
Tél. : <u>0641010289</u>	Total des frais engagés : <u>1898.81</u>		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : ..... / ..... / .....		
Nom et prénom du malade : <b>Kamoli Soud</b> ..... Age: .....		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie :	<b>Fracture luxation Perville</b>	
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 : ..... / ..... / .....

## 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
03/05	hospit alisation		7629,40	INP : 
05/05	du 08-05 - 2083			
06/05	du 09-05 - 6083			
08/05/23	CN		110,00	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourguiseur	Date	Montant de la Facture
		<b>PHARMACIE ZYMA</b> Rue Ahmed KADMIRI 27 - Casablanca Tél : 02.29.43.95 - Casa <b>544,70</b>

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	07/10/23	Rx	150,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

La mention est mise 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 carénaires, ainsi que le bilan de l'ORL.

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة  
ORDONNANCE

درب غف

DERB GHALLEF

Le 08-05-2023

KAMAL SOUAD

1 | 131,60  
| spectrum 500  
2 | 22,50  
| CEDOL  
3 | 111,50  
| FENAC 500

500

1 - 0 - 1

500

347,00 x2  
XARELTO 10

500

111,50  
111,50  
111,50  
111,50

PHARMACIE ZYMA  
27, Rue Ahmed KADMIRI  
Cité Plateau Lycée Al Waha  
Tél : 022.99.43.95 - Casa

INPE-091037200  
TRAUMATOLOGUE  
CHIRURGEN ORTHOPÉDIQUE  
CENTRE MEDICAL HATHO

ZYMA  
Cité Plateau Lycée Al Waha  
Tél : 022.99.43.95

زنقة الضمان - درب غف. الدار البيضاء - الهاتف 05 22 86 30 20 إلى 27 - فاكس: 05 22 86 42 05

Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tel: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05

LOT: 21279A  
EXP: 10/2023  
PVC: 150.000H

Fabrication:  
**bellavie**  
Rue E. Duoculot, 9b  
5060 Sambreville - Belgique

Distribution  
**HEALTH INNOVATION**  
13 Rue Recine Vellert, Maaf  
Casablanca Maroc  
+212 522 23 22 88  
Casablanca, Casablanca, maroc  
www.healthinnovation.ma  
www.healthinnovation.ma  
L'Innovation au service de la santé  
2021/2103135/V1/DA/0/CA/18

  
5 430001 608151

**Cédol**  
20 Comprimés

  
6 118000 180913

22/0

ستهانك

0722-32  
P E 09/25  
44 DH 15  
44,00

**Fenac**® Promopharm  
Oral suspension

50 mg 30 comprimés

PROMOPHARM

  
6 118000 240372

Xarelto® 10 mg / 10 cps  
Rivaroxaban

P.P.V. : 347,00 DH  
Bayer S.A.

  
6 118001 09064

LOT 230081  
EXP 01/2026  
PPV 131.600H



وصفة  
ORDONNANCE

0001380884 2 11/05/1971  
KAMALI  
SOUAD (MUPRAS)  
123003207 08/05/2023  
ORTHOPEDIE & TRAUMATOLOGI  
SALLE 169 LIT 169F

Le 08/05/23

1) Platine 1/3 de Tige  
7 vis  
21 7 vis Céramique 3,5  
14x2 16x5  
3) 2 Broches 2/3 tige

Service Bloc Opératoire  
Polyclinique Addaman  
Dera Ghaliel 8 M

Docteur Nabil HATTOMA  
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE  
TRAUMATOLOGUE  
INSTITUT

Docteur Nabil HATTOMA  
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE  
TRAUMATOLOGUE  
INSTITUT  
Polyclinique Addaman Derb Ghallef Rue Addaman Casablanca  
Tél. : 05 22 86 30 20 - 05 22 86 30 21 - Fax : 05 22 86 42 65

POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef  
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpital  
20100 CASABLANCA  
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-86  
INPE: 090001512 ICE: 001757 000080 IF: 1602

Date d'émission : 08/05/2023

Page : 1

## DECOMPTE

N° de séjour : 123003207

UF de présence : 1003 ORTHOPEDIE & TRAUMATOLOGIE

N° de séance : 202305080298

UF demandeur : 1003 ORTHOPEDIE & TRAUMATOLOGIE

N° IPP : 0001380884 KAMALI,Souad (mupras)

Date et heure : 08/05/2023 00:29

Né(e) le : 11/05/1971

Intervenant : 26122011 DR NABIL

UF	INTERVENANT	CDAM/TARIF	LET.CLE	TARIF	COEFF	COEF.T	MONTANT
5005	EQUIPE PHARMACIE	Plaque 1/3 de tube de plus de 7 trous	CMP067	200.00	1.00	1.00	200.00
5005	EQUIPE PHARMACIE	VIS CORTICAL A EMP HEXAG DIAM 3,5 LONG 16MM	CMV026	31.20	1.00	5.00	156.00
5005	EQUIPE PHARMACIE	VIS CORTICAL A EMP HEXAG DIAM 3,5 LONG 14MM	CMV025	31.20	1.00	2.00	62.40
5005	EQUIPE PHARMACIE	broche kirchner	CMB029	25.00	1.00	2.00	50.00

Total : 468.40



OLYCLINIQUE DE LA  
SECURITE SOCIALE  
DERB GHALLEF

№ 004954

faid Non Sané

OM DU MALADE

Kamali  
f.v.d

Renseignement Clinique

0001380884 2 11/05/1971  
KAMALI  
SOUAD (MUPRAS)  
123003207 08/05/2023  
ORTHOPEDIE & TRAUMATOLOGI  
SALLE 169 LIT 169F

08-05-2023

Examen demande

Rechirurgie Q/P

INPE: 091037700  
CHIRURGIEN D'HOPITAL  
CHIRURGIEN D'HOPITAL  
CHIRURGIEN D'HOPITAL

Le Médecin Traitant

PC =	K =	URGENT	RAPIDE	NON URGENT

POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef  
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux  
20100 CASABLANCA  
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-86  
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602

Date d'émission : 09/05/2023

Page : 1

## DECOMPTE

N° de séjour : 123003207

UF de présence : 1003 ORTHOPEDIE & TRAUMATOLOGIE

N° de séance : 202305090145

UF demandeur : 1003 ORTHOPEDIE & TRAUMATOLOGIE

N° IPP : 0001380884 KAMALI,Souad (mupras)

Date et heure : 09/05/2023 09:22

Né(e) le : 11/05/1971

Intervenant : 26122011 DR NABIL

UF	INTERVENANT	CDAM/TARIF	LET.CLE	TARIF	COEFF	COEF.T	MONTANT
5003	EQUIPE DE RADIOLOGIE	Examen radiologique de la cheville, minimum deux i	Z	10.00	1.00	15.00	150.00

Total : 150.00

وصفة  
ORDONNANCE



درب غلف  
DERB GHALLEF

Le ٢٧٠٥٦٤٣

Konak faww

— Rx faww

Dr. YAQOUBI Youssef  
Médecin Urgentiste  
INPE - 091183269

POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef  
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpits  
20100 CASABLANCA  
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-86  
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602

Date d'émission : 08/05/2023

Page : 1

## DECOMPTE

N° de séjour : 123003207

UF de présence : 1003 ORTHOPEDIE & TRAUMATOLOGIE

N° de séance : 202305080005

UF demandeur : 1003 ORTHOPEDIE & TRAUMATOLOGIE

N° IPP : 0001380884 KAMALI,Souad (mupras)

Date et heure : 08/05/2023 00:29

Né(e) le : 11/05/1971

Intervenant : 1012013 DR YAQOUBI SOUSSANE

UF	INTERVENANT	CDAM/TARIF	LET.CLE	TARIF	COEFF	COEF.T	MONTANT
5003	EQUIPE DE RADIOLOGIE	Téléradiographie du thorax, quel que soit le nombr	Z	10.00	1.00	16.00	160.00
							Total : 160.00





090001520

N° IPP :	1380884	N° SEJOUR :	123003207	<b>FACTURE N° 2301010768</b>				DATE D'ENTREE : 08/05/2023 DATE DE SORTIE : 09/05/2023			
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	KAMALI, Souad				KAMALI, Souad						
NOM JEUNE FILLE :					06 ALEE FERNAND LEGER PORTE 63 9280						
TIERS PAYANT 1 :					0 PUTEAUX FRANCE						
TIERS PAYANT 2 :					CASABLANCA CENTRE DE TRI						
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :										
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE		
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	
FORFAIT HOSPITALISAT <sup>e</sup> , REA, CHIRURGIE, MATERNIT											
FORFAIT K80 (M.A.F.A.R)	FK80	1.00	6400.00	6400.00					0.00	6400.00	
ACTES DE BIOLOGIE											
ACTES BIOLOGIE REMBOURSABLES PAR L'AMO	BAMO	410.00	1.10	451.00					0.00	451.00	
ACTES DE RADIOLOGIE											
ACTES RADIOLOGIE REMBOURSABLE PAR L'AMO	ZAMO	31.00	10.00	310.00					0.00	310.00	
PROTHESES											
BROCHE DE KIRSCHNER DIAM 20/10MM LONG 31	CMB029	2.00	25.00	50.00					0.00	50.00	
PLAQUE 1/3 DE TUBE A 7 TROUS	CMP067	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00	
VIS CORTICAL A EMP HEXAG DIAM 3,5 LONG 1	CMV025	2.00	31.20	62.40					0.00	62.40	
VIS CORTICAL A EMP HEXAG DIAM 3,5 LONG 1	CMV026	5.00	31.20	156.00					0.00	156.00	



Total à reporter

7629.40

0.00

0.00

7629.40

N° IPP : 1380884	N° SEJOUR : 123003207	FACTURE N° 2301010768				DATE D'ENTREE: 08/05/2023 DATE DE SORTIE: 09/05/2023			
------------------	-----------------------	-----------------------	--	--	--	--	--	--	--

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT
Report page précédente				7629.40		0.00		0.00		7629.40

TOTALS :		7629.40							7629.40
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :						ACOMPTE:	7629.40
SEPT MILLE SIX CENT VINGT NEUF DHS ET QUARANTE CENTIMES		REMISE :	0.00	REGLE :				AVOIR :	
		RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 09/05/2023		<u>ACCIDENT DE TRAVAIL</u>							
EDITEE LE : 09/05/2023		N° DE POLICE :							
PAR: NASIMA		DATE AT :							
VISA		Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef							
		BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA							
		N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31							

**Note confidentielle**  
(A renseigner par le médecin traitant)

**Nom et prénom da l'assuré (e) :**

**Nom et prénom du médecin traitant :**

Numéro d'immatriculation:

## INPE et code à barres\* :

0001380884 2 11/05/1971  
KAMALI  
SOUAD (MUPRAS) e que  
123003207 08/05/2023  
l'as: ORTHOPEDIE & TRAUMATOLOGI  
Da: SAINT-JEAN

Date de la consultation /-/-/-/-/-/ /-/-/-/-/-/

#### Diagnostic et motif des soins :

## Antécédents et facteurs de risque :

## Examen clinique à l'admission :

## Résultats des bilans para cliniques :

#### Libellé et nature des soins :

Durée prévisible des soins	Date de début	Date de fin
	/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_	/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

Fait à : ..... Le : /-/-/-/-/-/ /-/-/-/-/

### Signature et cachet du médecin traitant

INPE 097037200  
TRADUCTION LOGUE  
HOMOGENEISATION  
HOMOGENISATION  
HOMOGENISATION  
HOMOGENISATION

\*Accorder l'étiquette portant l'Identifiant National des Professionnels de santé et des Établissements de soins, ainsi que le code à barres.

### Adresse OG :

Fax:

Télé:



## Compte rendu opératoire

Nom & Prénom	KAMALI Fouad
Age /Sexe	51 ans femme
Médecin opérateur & INP	Dr HATTOMA 091037202
Diagnostic	fracture luxation cheville g
Type d'intervention	synthetique
Date d'intervention	le 08-05-2023

Pré - sous RA  
 - gouttière de la rosine du membre  
 - 1er temps : voie externe  
 fractur mattole externe oblique  
 fissure compression latérale postérieure  
 plaq 1/3 + tube 7 trous  
 FPPP  
 - 2<sup>nd</sup> temps : voie interne  
 - fractur mattole interne avec 2  
 visquilles osseuses postérieures  
 - 2 broches de Kirschner  
 - FPPP  
 Atel plastique Jamila fsl fidèles

Docteur Nabi HATTOMA  
 CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE  
 TRAUMATOLOGUE  
 JADÉ 061027700

le Corps du CRO

Traitement post opératoire

Evolution

Autres informations

N.B : *Toujours joindre les copies des résultats des bilans biologique et radiologique réalisés.*

Signature et cachet du  
Médecin Traitant

DECOMPTE LABORATOIREN° de séjour 123003207Nom KAMALI  
Prénom SOUAD (MUPRAS)

CODE	LIBELLE	ACTE	COEF	NBR	PRIX	TOTAL
HEM00027	Tempsdecéphalinekaolin(TCK)	B	40.00	1	1.10	44.00
HEM00024	Tauxdeprothrombine	B	40.00	1	1.10	44.00
BIO00012	Créatinine	B	30.00	1	1.10	33.00
BIO00019	Glycémie	B	30.00	1	1.10	33.00
HEM00005	NumérationFormule(Globulesrouges/Bl	B	80.00	1	1.10	88.00
BIO00036	Urée	B	30.00	1	1.10	33.00
BIO00021	Ionogrammecomplet(Na,K,Cl,Prot,RA,	B	100.00	1	1.10	110.00
HEM00017	GroupeABOetRhésus	B	60.00	1	1.10	66.00
<b>TOTAL</b>			<b>410.00</b>			<b>451.00</b>



Date du prélèvement : 08-05-2023 à 02:12

Code patient : 2305080002

Né(e) le : ()

IPP : 1380884



Mme KAMALI Souad  
Dossier N° : 2305080002  
Prescripteur :  
TRAUMATO-ORTHOPEDIE

## HEMATOLOGIE

### HEMOGRAMME

(SYSMEX XN-450)

Leucocytes	10 000	/mm <sup>3</sup>	(4 000–10 000)
Hématies	4.27	10 <sup>6</sup> /mm <sup>3</sup>	

### Lignée érythrocytaire

Hémoglobine	13.2	g/dL	(12.0–17.0)
Hématocrite	40	%	(37–52)
VGM	94	fl	(80–95)
TCMH	31	pg	(28–32)
CCMH	33	%	(30–35)

### Formule leucocytaire

Neutrophiles	74.5 %	soit	7 450.00 /mm <sup>3</sup>	(2 000.00–7 500.00)
Eosinophiles	0.6 %	soit	60.00 /mm <sup>3</sup>	(100.00–400.00)
Basophiles	0.2 %	soit	20.00 /mm <sup>3</sup>	(0.00–150.00)
Lymphocytes	17.7 %	soit	1 770.00 /mm <sup>3</sup>	(1 500.00–4 000.00)
Monocytes	7.0 %	soit	700.00 /mm <sup>3</sup>	(200.00–800.00)

### Numération plaquetttaire

Plaquettes	323 000	/mm <sup>3</sup>	(150 000–400 000)
Volume Plaquettaire Moyen	10.9	fl	(6.0–11.0)

## HEMOSTASE

### TEMPS DE QUICK

Temps du témoin (RC)	13	sec.	(70–100)
Temps du patient	12	sec.	
Taux de prothrombine	100	%	(70–100)
INR	1.0		

### Temps de céphaline activé

Temps Témoin (RC)	35	s	
Temps Patient	29	s	(28–42)
Rapport	1		

POLYCLINIQUE CNSS  
DERB GHALLEF  
SERVICE LABORATOIRE

LABORATOIRE D'ANALYSE DE BIOLOGIE MEDICALE  
CNSS DERB GHALLEF

2305080002 - Mme Souad KAMALI

**BIOCHIMIE SANGUINE**

Glycémie à jeun (spectrophotométrie, biolab)	1.08 g/l	(0.74-1.10)
Sodium	140 mmol/L	(135-145)
Potassium	4.61 meq/L	(3.50-5.40)
Chlore	102 meq/L	(98-107)
Réserve alcaline	27 meq/L	(20-30)
Protéines totales	72 g/L	(64-83)
Calcium	93 mg/L	(84-102)
Urée	0.47 g/l	(0.16-0.48)
Créatinine	8 mg/L	(5-12)

**IMMUNO-HEMATOLOGIE**

**GROUPE SANGUIN ABO ET RHESUS**

Groupe sanguin ABO	B
Rhésus (D)	Positif

Deux déterminations, chacune réalisée en double, sont nécessaires à la délivrance d'une carte de groupe sanguin définitive.  
(RC) : Résultat contrôlé

Validé par : QELFATHI OUMAIMA

POLYCLINIQUE CNSS  
DERB GHALLEF  
SÉNATEUR LABORATOIRE

Date du prélèvement : 08-05-2023 à 02:12

Code patient : 2305080002

Né(e) le : ()

IPP : 1380884



Mme KAMALI Souad

Dossier N° : 2305080002

Prescripteur :

TRAUMATO-ORTHOPEDIE

## HEMATOLOGIE

### HEMOGRAMME

(SYSMEX XN-450)

Leucocytes

10 000 /mm<sup>3</sup>  
4.27 10<sup>6</sup>/mm<sup>3</sup>  
(4 000–10 000)

Hématies

13.2 g/dL  
40 %  
94 fl  
31 pg  
33 %  
(12.0–17.0)  
(37–52)  
(80–95)  
(28–32)  
(30–35)

### Lignée érythrocytaire

Hémoglobine  
Hématocrite  
VGM  
TCMH  
CCMH

### Formule leucocytaire

Neutrophiles	74.5 % soit	7 450.00 /mm <sup>3</sup>	(2 000.00–7 500.00)
Eosinophiles	0.6 % soit	60.00 /mm <sup>3</sup>	(100.00–400.00)
Basophiles	0.2 % soit	20.00 /mm <sup>3</sup>	(0.00–150.00)
Lymphocytes	17.7 % soit	1 770.00 /mm <sup>3</sup>	(1 500.00–4 000.00)
Monocytes	7.0 % soit	700.00 /mm <sup>3</sup>	(200.00–800.00)

### Numération plaquetttaire

Plaquettes	323 000 /mm <sup>3</sup>	(150 000–400 000)
Volume Plaquettaire Moyen	10.9 fl	(6.0–11.0)

## HEMOSTASE

### TEMPS DE QUICK

Temps du témoin (RC)	13 sec.	(70–100)
Temps du patient	12 sec.	
Taux de prothrombine	100 %	(70–100)
INR	1.0	

### Temps de céphaline activé

Temps Témoin (RC)	35 s	
Temps Patient	29 s	
Rapport	1	

Zنقة الضمان - درب غلاف - الدار البيضاء - الهاتف: 20 05 22 86 30 27 - فاكس: 05 22 86 42 05  
Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 05 22 86 30 20 - Fax: 05 22 86 42 05  
Page 1 / 2

DECOMPTE RADIOLOGIE

N° de séjour 123003207

Nom KAMALI  
Prénom SOUAD (MUPRAS)

CODE	LIBELLE	ACTE	COEF	Nombre	PRIX	TOTAL
T205	Téléradiographie du thorax, quel que soit le non	Z	16.00	1	10.00	160.00
T120	Examen radiologique de la cheville, minimum d	Z	15.00	1	10.00	150.00
<b>TOTAL</b>					<b>31.00</b>	<b>310.00</b>

