

159433

Professeur Hassan El Kabli

Professeur de l'Enseignement
Supérieur
Médecine Interne



الأستاذ حسن القبلي

أستاذ التعليم العالي
الطب الباطني

Casablanca, le 3/5/23 في الدار البيضاء

Nom : Belyamine Prénom : Abdelhak Age :

Renseignements cliniques + Traitement en cours :

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> NFS + Plaquettes | <input type="checkbox"/> VS | <input checked="" type="checkbox"/> Glycémie | <input type="checkbox"/> Urée |
| <input checked="" type="checkbox"/> Transaminases | <input checked="" type="checkbox"/> GGT | <input type="checkbox"/> Bilirubine | <input type="checkbox"/> Créatinine |
| <input type="checkbox"/> Groupe sanguin | <input type="checkbox"/> T.P | <input type="checkbox"/> T.C.A | <input type="checkbox"/> DMORO |
| <input type="checkbox"/> Ionogramme | <input checked="" type="checkbox"/> Na | <input type="checkbox"/> K | <input type="checkbox"/> Alcalines |
| <input type="checkbox"/> Calcium | <input checked="" type="checkbox"/> Electrophorèse des protéides | <input type="checkbox"/> Cl | <input type="checkbox"/> Fibrinogène |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ac urique | <input checked="" type="checkbox"/> CRP | <input type="checkbox"/> Fer | <input checked="" type="checkbox"/> Protéides RA |
| <input checked="" type="checkbox"/> Cholestérol T. | <input checked="" type="checkbox"/> LDL | <input type="checkbox"/> CTF | <input checked="" type="checkbox"/> Lipoglycides |
| <input type="checkbox"/> Hémoglobines glycosylées : Hb A1c | <input type="checkbox"/> Amylase | | <input type="checkbox"/> Amylase |
| <input type="checkbox"/> Phosphore | <input type="checkbox"/> Magnésium | | <input type="checkbox"/> Ferritine |
| <input type="checkbox"/> LDH | <input type="checkbox"/> CPK | | |
| <input type="checkbox"/> TSU us | <input type="checkbox"/> T4 libre | <input type="checkbox"/> T3 libre | |
| <input type="checkbox"/> FSH | <input type="checkbox"/> LH | <input type="checkbox"/> 17B oestradiol | |
| <input type="checkbox"/> Prolactine | <input type="checkbox"/> Progestérone | <input type="checkbox"/> BHCG | |
| <input type="checkbox"/> Cortisol | <input type="checkbox"/> PTH | <input type="checkbox"/> Testostérone | |
| <input type="checkbox"/> SEROLOGIE : | <input type="checkbox"/> TPHA | <input type="checkbox"/> VDRL | <input type="checkbox"/> VIH |
| | <input type="checkbox"/> CMV | <input type="checkbox"/> Maladie de Lyme | <input type="checkbox"/> HSV 1 |
| | | | <input type="checkbox"/> HSV 2 |
| <input type="checkbox"/> Hépatite A : | <input type="checkbox"/> Ac HAV IGG | <input type="checkbox"/> Ac HBs | <input type="checkbox"/> Ac HAV IGM |
| <input type="checkbox"/> Hépatite B : | <input type="checkbox"/> Ag HBs | <input type="checkbox"/> Ac HBc | <input type="checkbox"/> Ac HBc |
| | <input type="checkbox"/> Ag HBe | <input type="checkbox"/> ARN qualitative | <input type="checkbox"/> ADN viral |
| <input type="checkbox"/> Hépatite C : | <input type="checkbox"/> Ac HCV | <input type="checkbox"/> FIBROTEST | <input type="checkbox"/> ARN quantitative |
| | <input type="checkbox"/> Génotypage | | |
| <input type="checkbox"/> Immuno-electrophorèse ou immuno-fixation | | <input checked="" type="checkbox"/> Vitamine D3 | |
| <input type="checkbox"/> Latex | <input type="checkbox"/> Waaler Rose | <input type="checkbox"/> Facteurs rhumatoïdes | |
| <input type="checkbox"/> Ac anti-nucléaires | <input type="checkbox"/> Ac anti-DNA | <input checked="" type="checkbox"/> Ac anti-peptides cycliques citrullinés | |
| <input type="checkbox"/> Ac anti-antigènes nucléaires solubles | | | |
| <input type="checkbox"/> SSA | <input type="checkbox"/> SSB | <input type="checkbox"/> Sm | <input type="checkbox"/> RNP |
| <input type="checkbox"/> Ac anti-phospholipides | | | <input type="checkbox"/> Jol |
| <input type="checkbox"/> Complément | | | <input type="checkbox"/> Scl 70 |
| <input type="checkbox"/> ACE | | | <input type="checkbox"/> Ac anti-cytoplasme des PNN (ANCA) |
| <input type="checkbox"/> CA 125 | | | <input type="checkbox"/> C3 |
| <input type="checkbox"/> CYFRA 21-1 | | | <input type="checkbox"/> C4 |
| <input type="checkbox"/> Protéinurie de 24h | | | <input type="checkbox"/> B 2 microglobuline |
| <input type="checkbox"/> Examen cyto-bactériologique des urines | | | <input type="checkbox"/> CA 19-9 |
| <input type="checkbox"/> Autres analyses | | | <input type="checkbox"/> NSE |
| | | | <input type="checkbox"/> Compte d'Addis |
| | | | <input type="checkbox"/> Antibiogramme |

Professeur EL KABLI H.
Médecine Interne
INPE : 091031336

Professeur Hassan El Kabli

Professeur de l'Enseignement
Supérieur
Médecine Interne



الأستاذ حسن القبلي

أستاذ التعليم العالي
الطب الباطني

Casablanca, le 03/5/23 في الدار البيضاء

Professeur EL KABLI H.
Médecine Interne
INPE : 091031336

Je soussigné
Certifie que M^r Belyamine
Abdelhak est suivi pour
Polyarthrite rhumatoïde mise
sous méthotrexate. Il présente
un bilan pour évaluer
l'évolution de la maladie.

Professeur EL KABLI H.
Médecine Interne
INPE : 091031336

64, Bd. Omar El Idrissi (en face du jardin) - Casablanca
Tél : 05 22 27 02 79 - Fax : 05 22 26 79 42 - GSM : 06 61 15 72 74
E-mail : hassanelkabl@gmail.com

**MUPRAS**Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc**Déclaration de Maladie****M22- 0049400**☒ **Maladie**☐ **Dentaire**☐ **Optique**☐ **Autres****Cadre réservé à l'adhérent (e)**Matricule : **1586**Société : **RAM**☐ Actif☒ Pensionné(e)☐ Autre :Nom & Prénom : **BELYASMINE ABDALLAH**Date de naissance : **11/02/1952**Adresse : **CASA GREEN TOWN VILLA 66
LA VILLE VERTE BUKKOURA / CASABLANCA**Tél. : **0665 03 44 36** Total des frais engagés : Dhs**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Professeur EL KABLI H.
Médecine Interne
INPE: 091031336Date de consultation : **03/05/23**Nom et prénom du malade : **Belyasmine Abdallah** Age:

Lien de parenté :

☒ Lui-même☐ Conjoint☐ EnfantNature de la maladie : **Polyarthrite rhumatoïde**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 : **CASABLANCA**

Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENTDéclaration de maladie **M22-0049400**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 :