

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.

Diagnostic 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

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



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 0040405

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1144 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : RADHI KHARA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0522365039 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12-DEC. 2019

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

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

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

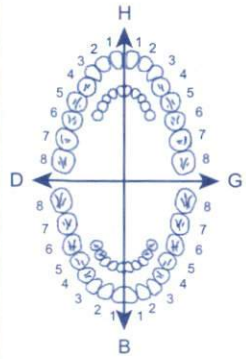
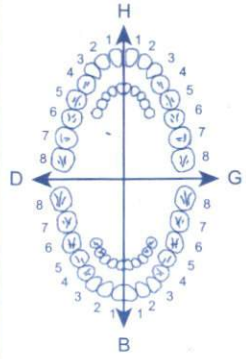
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			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"/>
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- HOSPITALISATION EN HOPITAL
- HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU REVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes répétés comportant un ou plusieurs échelonnements dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit intervenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 898438

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : RADHI Kheys BO ZAKOUR
Matricule : 1144 Fonction : Revue Poste : Pen
Adresse : 19 rue AGH MI HAY EL HANA CASABLANCA
Tél. : 05 22 36 50 32 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Bengakour Khira Age
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : 26/09/19
Nature de la maladie : Douleur du bon genou + arthrose
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A CASA le 26 09 19 Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION

898438

Matricule N° : 1144
Nom du patient : RADHI
Date de dépôt :
Montant engagé : 2875,00
Nombre de pièces jointes :



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
26/09/15	C	1	2500	

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
	27/09/15	B 2000	2500

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé 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.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				Coefficient des Travaux															
				Montant des Soins															
				Debut d'Execution															
				Fin d'Execution															
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>			25533412	H	21433552	00000000		00000000	00000000	D	G	35533411		11433553		B		Coefficient des Travaux
25533412	H	21433552																	
00000000		00000000																	
00000000	D	G																	
35533411		11433553																	
	B																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montant des Soins															
				Date du Devis															
				Date de l'Execution															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR BENAMOUR KHOUNGUI ZINEB

Omnipratique.

DU : Nutrition & Diététique Médicales- Diabétologie – Echographie générale-
Dermatologie interventionnelle – Lasers Médicaux à visée esthétique –

CASABLANCA

RABAT

MONTPELLIER

PARIS

RENNES

ORDONNANCE :

LE 26/10/19

Patient : Benzakoun K. HADRA

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- ☒ NFS ☒ VS ☒ ferritine
- ☒ Glycémie à jeun ☒ GPP ☒ HGPO ☒ Hb glycosylée
- ☒ Lipides Totaux ☒ Cholestérol Total ☒ HDL ☒ LDL ☒ TG
- ☒ Transaminases ☒ SGOT ☒ SGPT ☒ Gamma GT
- ☒ Urée ☒ Créatinine ☒ Acide urique
- ☒ Ionogramme sanguin
- ☒ TSH ☒ T4 ☒ T3
- ☒ Vitamine D2/D3 ☒ PSA
- ☒ UCBU ☒ Antibiogramme
- ☒ Protéinurie des 24h ☒ micro albuminurie des 24h
- ☒ Copro- parasitologie des selles 3 jours de suite ☒ Antibiogramme
- Sérologie hépatite C ☒ AC HVC ☒ ARN virale
- Sérologie hépatite B ☒ Ag HBs si positif faire les AC anti HBs

AUTRES : H. Coccidioides immitis

LABIOMED
Laboratoire d'Analyses Médicales
122, Bd. D'Anfa Quartier Racine
Casablanca
Tél: 05 22 48 13 51/86

75, Bd MOULAY YOUSSEF CASABLANCA MAROC Tel : 00 212 522 20 60 40 00 212 522 20 61 17

INPE : 091021055

Identifiant Fiscal : 40200108 Taxe Professionnelle : 302 00095
Identifiant Commun de L'entreprise (ICE) : 0168 115 700 000 8

CNSS n° affilié : 2114007

Laboratoire LABIOMED d'Analyses Médicales

LABIOMED -S.N.C. - RC 92541 - IF 01022247 - CNSS 6007670 - Patente 30200179 - ICE 000231012000067
Compte Banque Populaire - 190 / 780 / 21211 5575621 000 3 / 30 / Taha Houcine - Casablanca
122, Bd d'Anfa - Quartier Racine - Casablanca - Tél. : 05 22 48.13.51 / 48.13.86 - Fax : 05 22 48.13.96

Dr Jalil ELMANJRA

Pharmacien Biologiste
Ancien Assistant des Hôpitaux de Dijon
Ancien Interne des Hôpitaux de Strasbourg

Dr Abdelaziz LEMSEFFER

Pharmacien Biologiste
Ancien Interne des Hôpitaux de Besançon
D.I.U. de Biologie de la Reproduction

Bactériologie - Biochimie - Hématologie - Immunologie - Mycologie - Parasitologie - Virologie

Casablanca le 28 septembre 2019

Mme BENZAKOUR KHEIRA

FACTURE N° 19826

Analyses :

Numération formule sanguine -----	B	70
Vitesse de sédimentation -----	B	30
Taux de Prothrombine (sans INR) -----	B	40
Temps de saignement (DUKE) -----	B	30
Temps de céphaline activée -----	B	40
Glycémie (a jeun) -----	B	30
Hémoglobine A1c Glycosylée -----	B	100
Triglycérides -----	B	60
Cholestérol total -----	B	30
Cholestérol HDL + LDL -----	B	80
Acide urique sanguin -----	B	30
Urée -----	B	30
Créatinine sanguine -----	B	30
Ferritine -----	B	250
Transaminases -----	B	100
Gamma Glutamyl Transférase -----	B	50
Vitamine D2-D3 (25 OH D) -----	B	400
Groupe sanguin -----	B	60
Thyreostimuline (TSH us) -----	B	200
Thyroxine libre (T4L) -----	B	210
Clairance de la créatinine -----	B	50
Microalbuminurie de 24 heures -----	B	80
		Total : B 2000

Prélèvements :

Sang-----	Pc	15
-----------	----	----

TOTAL DOSSIER

2 875,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux Mille Huit Cent Soixante Quinze Dirhams

مختبر التحليلات الطبية
LABIOMED
Laboratoire d'Analyses Médicales
122, Bd. d'Anfa Quartier Racine
Tél: 05 22 48 13 51/86 - Casablanca

مختبر التحليلات الطبية
LABIOMED
Laboratoire d'Analyses Médicales
122, Bd. d'Anfa Quartier Racine
Tél: 05 22 48 13 51/86 - Casablanca

LABIOMED

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ET DE BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION

Transmission par mail.

Veuillez nous confirmer réception de ce mail.

Mme BENZAKOUR KHEIRA

Dossier N° : 19583072

Docteur ZINEB BENAMOUR KHOUNGUI

Dossier ouvert le : 27/09/19 - Edité le : 28/09/19

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

Hématies	:	4,67	M/mm3				Antériorités
Hémoglobine	:	13,2	g/dl				<u>26/07/2018</u>
Hématocrite	:	41	%			4 - 5,4	4,77
V.G.M.	:	87,2	μ3			11,5 - 16	13,5
C.C.M.H.	:	32,4	%			80 - 100	
T.C.M.H.	:	28,3	pg			30 à 36	
Leucocytes	:	5 870	/mm3			27 à 32	
						4000 - 10000	7400

FORMULE LEUCOCYTAIRE

P. neutrophiles	:	54,8	%	soit	3 217	/mm3	2000 à 7500	
P. éosinophiles	:	3,6	%	soit	211	/mm3	20 à 800	
P. basophiles	:	0,7	%	soit	41	/mm3	0 à 200	
Lymphocytes	:	34,8	%	soit	2 043	/mm3	1000 à 4000	
Monocytes	:	6,1	%	soit	358	/mm3	200 à 1000	
Plaquettes	:	227 000	/mm3				150000 - 500000	232000

VITESSE DE SEDIMENTATION

1 ^{re} heure	:	14	mm				
2 ^{me} heure	:	29	mm			< 10	10
						< 20	20

HEMOSTASE

TAUX de PROTHROMBINE	:	79	%			70 à 100
(Automate SATELLITE -STAGO)						

TEMPS DE SAIGNEMENT	:	4,0				N < 5 minutes
---------------------	---	-----	--	--	--	---------------

TEMPS DE CEPHALINE ACTIVEE (TCA)

(Automate SATELLITE-STAGO)

Sujet : 30 sec.

30 à 36

Antériorités

Dr Jalil ELMANJRA

Dr Abdelaziz LEMSEFFER

Transmission par mail.

Veuillez nous confirmer réception de ce mail.

Mme BENZAKOUR KHEIRA

Dossier N° : 19583072

Docteur ZINEB BENAMOUR KHOUNGUI

Dossier ouvert le : 27/09/19 - Edité le : 28/09/19

Antériorités

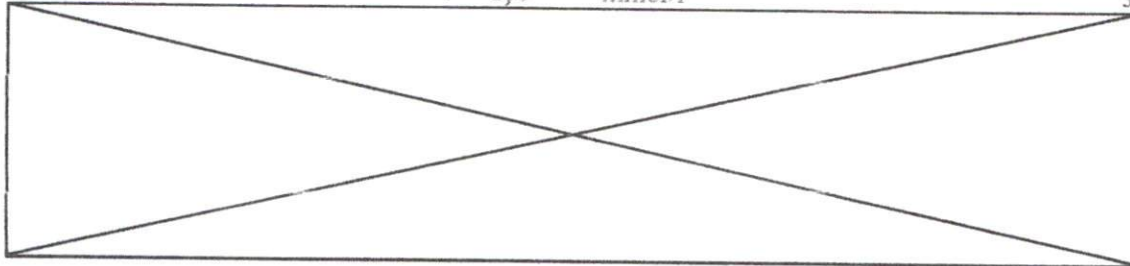
TCA Témoin : 30 sec

Ratio TCA Patient/Témoin : 0,99 < 1,20

BIOCHIMIE

Antériorités

GLYCEMIE A JEUN : 0,97 g/l 0,70 à 1,10 0,97
(Cobas C6000) : 5,4 mmol/l 3,89 à 6,11 5,4



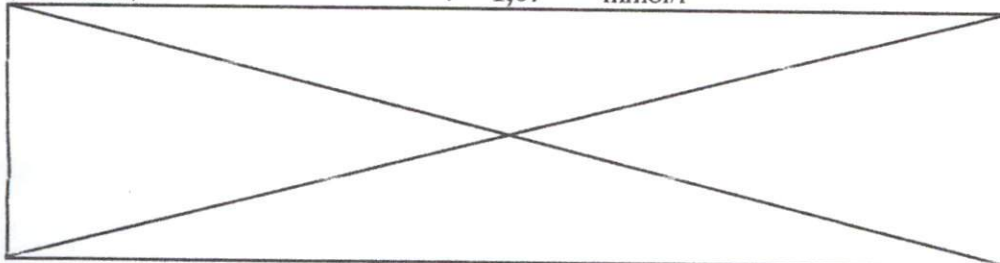
HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE : 5,3 % HbA1c N : 4,0 à 6,4
(Automate Cobas E6000)

11/11/2014

5,0

Antériorités

TRIGLYCERIDES : 0,94 g/l 0,60 à 1,50 1,43
(Cobas C6000) : 1,07 mmol/l 0,70 à 1,70 1,63

26/07/2018**Dr Jalil ELMANJRA****Dr Abdelaziz LEMSEFFER**

Mme BENZAKOUR KHEIRA

Dossier N° : 19583072

Docteur ZINEB BENAMOUR KHOUNGUI

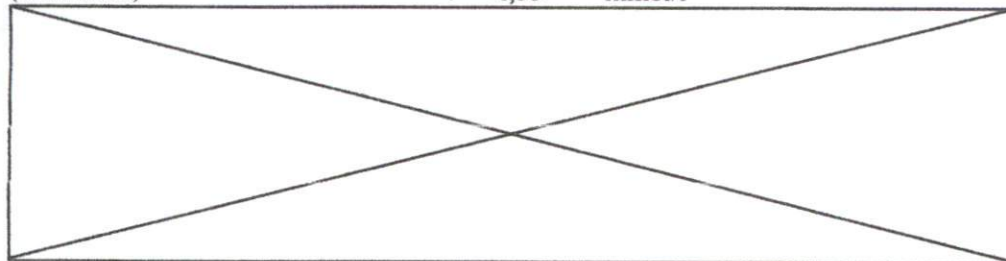
Transmission par mail.

Veuillez nous confirmer réception de ce mail.

Dossier ouvert le : 27/09/19 - Edité le : 28/09/19

Antériorités

CHOLESTEROL TOTAL	:	1,68	g/l	1,50 à 2,00	1,76
(Cobas C6000)	:	4,33	mmol/l	3,87 à 5,20	4,54



CHOLESTEROLS HDL - LDL

CHOLESTEROL HDL	:	0,44	g/l	> 0,40	0,47
(Cobas C6000)	:	1,14	mmol/l	> 1,03	1,21
CHOLESTEROL LDL	:	1,05	g/l	< 1,60	1,00
(Cobas C6000)	:	2,71	mmol/l	< 4,12	2,58
Facteur de Risque Athérogène	:	4,0		N < 5,0	3,7

ACIDE URIQUE	:	62	mg/l	30 à 62	58
(Cobas C6000)	:	369	μ mol/l	178 à 368	345

UREE	:	0,31	g/l	0,15 à 0,50	0,25
(Cobas C6000)	:	5,16	mmol/l	2,49 à 8,32	4,16

CREATININE	:	7,2	mg/l	6 à 13	6,1
(Cobas C6000)	:	64	μ mol/l	54 à 117	54

Dr Jalil ELMANJRA

Dr Abdelaziz LEMSEFFER

REPRODUCTION

Transmission par mail.

Veuillez nous confirmer réception de ce mail.

Mme BENZAKOUR KHEIRA

Dossier N° : 19583072

Docteur ZINEB BENAMOUR KHOUNGUI

Dossier ouvert le : 27/09/19 - Edité le : 28/09/19

Antériorités

FERRITINE

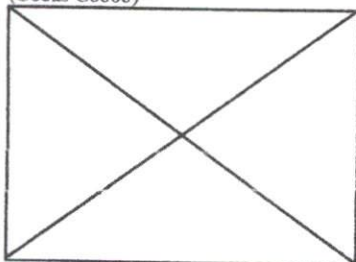
(Cobas C6000)

: **96,40** $\mu\text{g/l}$

F 15-150 H 30-220

20/07/2017

100,40

**ENZYMOLOGIE****TRANSAMINASES****SGOT/ASAT**

(Cobas C6000)

: **21** UI/l

< 37

24

SGPT/ALAT

(Cobas C6000)

: **15** UI/l

< 40

14

GGT Gamma Glutamyl Transférase : **24**

(Cobas C6000)

UI/l

< 55

26

VITAMINES**VITAMINE D2-D3**

(25 OH-Vitamin D2-D3)

: **43,4** $\mu\text{g/l}$ **26/07/2018**

36,2

Valeurs usuelles > 30 $\mu\text{g/l}$ Insuffisance 10 - 30 $\mu\text{g/l}$ Carence < 10 $\mu\text{g/l}$ **Dr Jalil ELMANJRA****Dr Abdelaziz LEMSEFFER**

Transmission par mail.

Veuillez nous confirmer réception de ce mail.

Mme BENZAKOUR KHEIRA

Dossier N° : 19583072

Docteur ZINEB BENAMOUR KHOUNGUI

Dossier ouvert le : 27/09/19 - Edité le : 28/09/19

IMMUNO HEMATOLOGIE

GROUPE SANGUIN (ABO, Rh)

GROUPE : O

Antécédents

RHESUS : Positif.

BILAN THYROIDIEN

THYREOSTIMULINE (TSH us) : 2,96 μ UI/ml
(Automate Cobas C6000)

0,25 à 4,2

2,23

Nouvelles normes en 2019 pour la TSH
Si Grossesse (1er Trim) 0,25 à 2,5

THYROXINE LIBRE (T4L) : 13,99 pmol/l
(Automate Cobas C6000)

12 à 22

19/10/2012
16,03

BIOCHIMIE URINAIRE

CLAIRANCE DE LA CREATININE

CREATININE : 7,2 mg/l
(Cobas C6000) : 64 μ mol/l

6 à 13

54 à 117

26/07/2018
6,1
54

Dr Jalil ELMANJRA

Dr Abdelaziz LEMSEFFER

Insémination • Fécondation in vitro • Micro-injection (ICSI)

Mme BENZAKOUR KHEIRA

Dossier N° : 19583072

Docteur ZINEB BENAMOUR KHOUNGUI

Dossier ouvert le : 27/09/19 - Edité le : 30/09/19

Page N° 6/7

BILAN THYROIDIEN

				Antériorité
THYREOSTIMULINE (TSH us)	:	2,96	μUI/ml	
(Automate Cobas C6000)				
			0,25 à 4,2	2,23
<u>Nouvelles normes en 2019 pour la TSH</u>				
Si Grossesse (1er Trim) 0,25 à 2,5				
THYROXINE LIBRE (T4L)	:	13,99	pmol/l	
(Automate Cobas C6000)				
			12 à 22	<u>19/10/12</u> 16,03

BIOCHIMIE URINAIRE

CLAIRANCE DE LA CREATININE

DIURESE	:	800	ml		
(Sous réserve d'un bon recueil urinaire)					
DEBIT	:	0,56	ml/mn		
CREATININE	:	7,2	mg/l		
(Cobas C6000)	:	64	μmol/l	6 à 13	6,1
				54 à 117	54
Créatinine urinaire de 24 h	:	1 312	mg/l		
(Dosage Enzymatique)	:	1 050	mg/24 h	900 à 2000	
Clairance de la CREATININE	:	102	ml/mn	100 à 140	

Dr Jalil ELMANJRA

Dr Abdelaziz LEMSEFFER

Insémination • Fécondation in vitro • Micro-injection (ICSI)

Mme BENZAKOUR KHEIRA

Dossier N° : 19583072

Docteur ZINEB BENAMOUR KHOUNGUI

Dossier ouvert le : 27/09/19 - Edité le : 30/09/19

Page N° 7/7

DIURESE : 800 ml

(Sous réserve d'un bon recueil urinaire)

Antériorité

Micro ALBUMINURIE de 24 h : 2 mg/l
: 2 mg/24 h

< 20

20/07/17

2

2

Dr Jalil ELMANJRA

Dr Abdelaziz LEMSEFFER