

**LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES DEROUA**

Lotissement ELWAHDA 2 – N°252 - (Près du Centre de Santé) - DEROUA

Tél : 05 22 51 49 09 - Fax : 05 22 51 45 35 - E-mail : [laboratoire.deroua@gmail.com](mailto:laboratoire.deroua@gmail.com)

Patente n° 55807051 - RC n° 19424 - CNSS n°4296100 - Identifiant fiscal n° 15218409

ICE : 001850656000092 – RIB : 190794212114231562003984

Fait le Jeudi 26 Octobre 2023 à DEROUA **180355****Facture – Relevé : MUPRAS****Enfant Mohamed Karam ARIF**

Demande N° 2310260061

Date de l'examen : 26-10-2023

**MUPRAS****Adresse : Allal Ben Abdellah  
6ème étage, Angle rue Allal  
Ben Abdellah et Rue Fakir  
Mohamed Quartier de  
l'Horloge.****Ville : 20000 CASABLANCA****Tel : 0522227814 / 15****Fax : 05.22.22.78.18****Analyses :**

Récapitulatif des analyses				
CN	Analyse	Clé	Clé	Total
9005 0154	Forfait de prise en charge pré-analytique du patient Ferritine	B8 B250	B B	10.72 MAD 222.50 MAD
0216 0439	Numération formule Vitamine D	B80 B450	B B	71.20 MAD 400.50 MAD
Total				<b>704.92 MAD</b>

Total des B : 788

TOTAL DOSSIER : 701DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : sept cent un dirhams

Signature Laboratoire :

Signature d'Adhérent :

**LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES DEROUA**

Lotissement ELWAHDA 2 – N°252 - (Près du Centre de Santé) - DEROUA

Tél : 05 22 51 49 09 - Fax : 05 22 51 45 35 - E-mail : [laboratoire.deroua@gmail.com](mailto:laboratoire.deroua@gmail.com)

Patente n° 55807051 - RC n° 19424 - CNSS n°4296100 - Identifiant fiscal n° 15218409

ICE : 001850656000092 – RIB : 190794212114231562003984



## BILAN BIOLOGIQUE

Le :

26/10/23

Nom / Prénom :

Mohamed Karam  
Arif

Age :

Sexe : M ☐ F ☐

### ◆ Groupage sanguin

- ☐ Groupe
- ☐ Rhésus
- ☐ RAI
- ☐ Phénotype Rhésus
- ☐ Coombs Indirect
- ☐ Coombs direct

### ◆ Hématologie/infectiologie

- ☒ NFS
- ☒ Plaquette
- ☐ Electrophorèse de l'hémoglobine
- ☐ Réticulocytes
- ☐ VS
- ☐ CRP
- ☐ Procalcitonine

### ◆ Bilan d'hémostase

- ☐ TP
- ☐ INR
- ☐ TCK
- ☐ Fibrinogène
- ☐ D-Dimères

### ◆ Bilan lipidique

- ☐ Cholestérol total
- ☐ Cholestérol HDL
- ☐ Cholestérol LDL
- ☐ Triglycérides

### ◆ Bilan glycémique

- ☐ Glycémie à jeun
- ☐ Hyperglycémie provoquée
- ☐ Hémoglobine glyquée

### ◆ Bilan martial

- ☐ Fer sérique
- ☐ CTF
- ☒ Ferritine
- ☐ Transferrine

### ◆ Ionogramme sanguin

- ☐ Na+
- ☐ K+
- ☐ Cl-
- ☐ Calcium
- ☐ Réserve Alcaline
- ☐ Phosphore
- ☐ Magnésium
- ☐ Magnésium érythrocytaire
- ☐ Protéines
- ☐ Acide urique

### ◆ Ionogramme urinaire

- ☐ Diurèse
- ☐ Na+
- ☐ K+
- ☐ Cl-
- ☐ Calcium
- ☐ Phosphore
- ☐ Urée

### ◆ Fonction rénale

- ☐ Urée
- ☐ Créatinine
- ☐ Clairance de la créatinine
- ☐ Protéinurie des 24h

### ◆ Fonction hépatique et pancréatique

- ☐ ASAT
- ☐ ALAT
- ☐ Phosphatase alcaline
- ☐ Gamma GT
- ☐ Bilirubine libre et conjuguée
- ☐ 5' Nucléotidase
- ☐ Amylase
- ☐ Lipase
- ☐ Electrophorèse des protéines

### ◆ Examen des urines

- ☐ ECBU
- ☐ ATB gramme
- ☐ Test de grossesse

### ◆ Bilan hormonal

- ☐ Prolactine
- ☐ FSH
- ☐ Estradiol
- ☐ βHCG
- ☐ T3
- ☐ T4
- ☐ TSH us

### ◆ Sérologie et immunologie

- ☐ VDRL
- ☐ TPHA
- ☐ Hépatite A
- ☐ Hépatite B:
  - ☐ Antigène Hbs
  - ☐ Antigène Hbe
  - ☐ Anticorps Anti Hbc
  - ☐ Anticorps Anti Hbs
  - ☐ Anticorps Anti Hbe
- ☐ Hépatite C
- ☐ ASLO

### ◆ Examen des selles

- ☐ Coprologie
- ☐ Parasitologie

### ◆ Divers

- ☐ PSA
- ☐ Phosphatase acide
- ☒ Vitamine D
- ☐ CPK
- ☐ Troponines
- ☐ BNP
- ☐ Pro BNP

Autres :

## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 26/10/2023

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	
Matricule : 2179	e-mail : marif7421953@gmail.com Phones : 0613228203
Nom et Prénom de l'adhérent : ARIF MOSTAFA	
Nom et Prénom du bénéficiaire : ARIF MOHAMED KARAM	
A REMPLIR PAR LE PRATICIEN	
Je soussigné :	
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. Em. Mohamed Karam Arif	
Nécessite un bilan Biologique NFS Ferritine	
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) Dosage HTD	
Une hospitalisation de (approximatif)	
A (préciser l'établissement hospitalier)	
STRICTEMENT CONFIDENTIEL	
Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :	
Cachet, date et signature du praticien	
A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS	
Décision :	

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.





**RETRAITE**

**ARIF MOSTAFA**

**0002179**



القوات الملكية المغربية  
royal air maroc