

## 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 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 |

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° W19-496442



### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Matricule : 4720

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs



Cachet du médecin :

21 FEV. 2020

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lieu de parenté :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

ACCUEIL

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraire	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
23/12/19				INP : 091071043 Dr Omar HAJJI
12/12/19				
19/12/19				

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE YASMINA 77 RUE IBNOU NAFIS HAY Yasmine Berechid Tel: 05 22 52 58 88	25/12/19	193,30

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

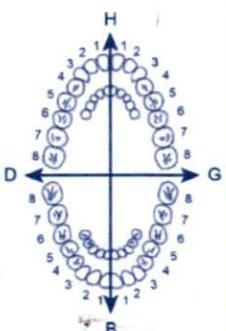
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE MEDICAL D'ANALYSES MEDICALES 64, Bd. My Driss El Moutawakel Casablanca Tel: 05 28 40 46	14.01.20	B947	1041,70 DH

### AUXILIAIRES MEDICAUX

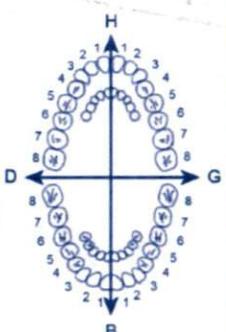
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	35533411	11433553
B		

(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

CLEFS DE  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

RADIOOTHERAPIE CONFORMATIONNELLE ET DOSIMETRIE 3D • RADIOTHERAPIE PAR MODULATION D'INTENSITE : IMRT • RAPID-ARC •  
RADIO-CHIRURGIE STEREOTAXIQUE • CURIETHERAPIE HAUT DEBIT • MEDECINE NUCLEAIRE • ONCOLOGIE MEDICALE • ONCO. HEMATOLOGIE  
GREFFE DE MOELLE OSSEUSE • RADIOLOGIE • CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE • CHIRURGIE REPARATRICE ET ESTHETIQUE • SOINS INTENSIFS  
REANIMATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR • SOINS PALLIATIFS • RADIOFREQUENCE • DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DES TUMEURS

25/12/14

Mr Bawach Ahmed

48,50

Cot ped 20

S.I.S.

52,80

Prej ped 20

S.I.S.

63,20

Tyrtex

4 l b n:

S.I.S.

28,80

Vitorenol

3x 1,

S.I.S.

193,30

Docteur Omar HAJJI  
ONCOLOGUE MEDICAL  
Salaj 3 Bd. la Grande Ceinture Ain Diab  
Casa - Anfa - Tél: 05 20 66 68 90/91/92  
Fax : 05 22 79 75 94 / 05 22 79 69 89  
H1

PHARMACIE YASMINA  
77 RUE OVOU NAFIS  
HAY Yasmine Ferrechid  
Tél: 05 22 51 31 88

# Cotipred® 20 mg

Prednisolone

## COMPOSITION :

Prednisolone (Sous forme metasulfobenzoate sodique) exprimé en base ..... 20 mg  
Excipient q.s.p..... 1 comprimé.  
Excipients à effet notoire : lactose, sorbitol (contenu dans l'arôme orange-pamplemousse)

## PRESENTATION :

Boîte de 20 comprimés solubles effervescents avec barre de cassure.

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Ce médicament est un corticoïde.

Il est indiqué dans certaines maladies où il est utilisé pour son effet anti-inflammatoire.

## CONTRE-INDICATIONS :

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- la plupart des infections, - certaines maladies virales en évolution (hépatites virales, herpès, varicelle, zona), - certains troubles mentaux non traités, - vaccination par des vaccins vivants, - allergie à l'un des constituants.

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE, sauf avis contraire de votre médecin, en association avec des médicaments pouvant donner certains troubles du rythme cardiaque (cf. Interactions médicamenteuses et autres interactions)

**EN CAS DE DOUTE IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

## MISES EN GARDE SPECIALES :

Ce médicament doit être pris sous stricte surveillance médicale.

## AVANT LE TRAITEMENT :

Prévenir votre médecin en cas de vaccination récente, en cas d'ulcère digestif, de maladie du côlon, d'intervention chirurgicale récente au niveau de l'intestin, de diabète, d'hypertension artérielle, d'infection (notamment antécédents de tuberculose), d'insuffisance hépatique, d'insuffisance rénale, d'ostéoporose et de myasthénie grave (maladie des muscles avec fatigue musculaire).

Prévenir votre médecin en cas de séjour dans les régions tropicales, subtropicales ou le sud de l'Europe, en raison de maladies parasitaires.

## PENDANT LE TRAITEMENT :

Eviter le contact avec les sujets atteints de varicelle

En cas de traitement prolongé, ne jamais arrêter brusquement sans laisser place aux recommandations de votre médecin pour la diminuer progressivement.

Sous traitement et au cours de l'année suivant l'arrêt du traitement, ne pas arrêter brusquement le corticoïde, en cas d'intervention chirurgicale ou de soins dentaires.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Pendant le traitement, votre médecin pourra vous conseiller de faire une cure pauvre en sel. Tenir compte de la teneur en sodium (5%, voir notice).  
**EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

## INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES :

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES, FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE MEDICAMENT PRENNU PAR VOUS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN et notamment les médicaments pouvant donner certains troubles du rythme cardiaque : astémizole, bépridil, erythromycine en injection intra-veineuse, halofantrine, pentamidine, sparfloxacine, sultopride, vincamine.

## GROSSESSE - ALLAITEMENT :

**GROSSESSE :** Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse qu'en cas de nécessité. Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de poursuivre ce traitement.

**ALLAITEMENT :** L'allaitement est à éviter pendant le traitement en raison du passage dans le lait maternel.



6 118000 041016

# Prazol® 20 mg

oméprazole

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez quelque chose d'inhabituel ou d'indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

## COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Prazol® 20 mg :

Oméprazole (DCI) ....

Excipients qsp .....

## FORME PHARMACEUTIQUE

- Gélule contenant des microgranules gastrorésistants.

- Présentation : boîte de 7, 14 et 28 gélules.

## CLASSE

## PHARMACO-THÉRAPEUTIQUE

PRAZOLE

médica

DANS

PRAZO

Chez le

• le re

• les t

• les égale

• les u

mg, gél

• Un exa

Zollinger-Ellison

Chez les enfants :

Enfants âgés de plus d'un an et avec un poids corporel ≥ 10 kg

• le reflux gastro-oesophagien (RGO).

Les symptômes chez l'enfant peuvent comprendre des remontées dans la bouche du contenu de l'estomac (régurgitation), des vomissements et une prise de poids limitée.

Enfants âgés de plus de 4 ans et adolescents

• les ulcères infectés par une bactérie appelée Helicobacter pylori. Dans ce cas, le médecin peut également prescrire à votre enfant des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.

## COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT

• Maladie ulcéreuse gastroduodénale :

Selon le cas :

- 1 gélule de Prazol® 20 mg matin et soir, associée à deux antibiotiques pendant 7 jours.

Cette trithérapie sera suivie par 1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 3 à 5 semaines supplémentaires.

- 1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 6 semaines.

• Oesophagite par reflux gastro-oesophagien :

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens :

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• Traitement préventif des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens :



- Réactions allergiques, parfois graves (très rare)  
- Dépression, hallucinations, agressivité, confusion, insomnie  
- Convulsions  
- Tachycardie (battements du cœur trop rapides)

- Anomalies du fonctionnement du foie  
- Urticaire  
- Oedème (gonflement)  
- Prise de poids

**Effets indésirables très rares** (peut concerner jusqu'à 1 patient sur 10 000)

- Thrombocytopénie (diminution des plaquettes sanguines)
- Tics (contractions musculaires involontaires répétées)
- Syncope, dyskinésie (mouvements involontaires), dystonie (contraction musculaire anormalement prolongée)
- Vision floue, troubles de l'accommodation (difficultés à voir de façon nette), crises oculogyrases (mouvements d'érythème pigmentaire)
- Angioédème (réaction allergique grave provoquant un gonflement du visage et de la gorge), érythème pigmentaire
- Troubles de l'élimination de l'urine (incontinence nocturne, douleur et/ou difficultés à uriner)

**Effets indésirables de fréquence indéterminée** (la fréquence de survenue ne peut être estimée sur la base d'

- Annésie, troubles de la mémoire

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, qu'il soit mentionné ou non dans cette notice, parlez-en à votre pharmacien.

**5. COMMENT CONSERVER ZYRTEC ?**

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

N'utilisez pas ce médicament après la date de péremption mentionnée sur la boîte.

Ce médicament ne nécessite pas de précautions particulières de conservation.

Les médicaments ne doivent pas être jetés au tout-à-l'égout ou avec les ordures ménagères. Demandez à votre pharmacien ce qu'il faut faire des médicaments inutilisés. Ces mesures permettront de protéger l'environnement.

**6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES**

Que contient ZYRTEC ?



63,20

n.

# VITANEVRIL FORT 100 mg

## 1. DENOMINATION DU MEDICAMENT

VITANEVRIL FORT 100 mg, Comprimé pelliculé, boîte de 30.  
(DCI) Benfotiamine

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Gardez cette notice, vous pourrez avoir besoin de la relire.

Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas des symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

## 2. COMPOSITION DU MEDICAMENT

Composition qualitative et quantitative en substance (s) active (s) par unité de prise

Benfotiamine ..... 100 mg

### Composition qualitative en excipients

Excipients : Amidon de riz ; Lactose monohydrate ; Stéarate de magnésium ; Saccharose ; Talc ; Hypromellose ; Dioxyde de titane ; Macrogol 400 ; et l'eau purifiée ..... gsp un comprimé  
Excipient à effet notable : Saccharose ; Lactose monohydrate.

## 3. CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE OU LE TYPE D'ACTIVITE

Antiasthénique (A : appareil digestif et métabolisme).

## 4. INDICATIONS THERAPEUTIQUES

- traitement du béri-béri.

- prophylaxie des états de carence vitaminique dus à une diminution des apports alimentaires (par exemple : malabsorption, régimes restrictifs riches en protéines non supplémentées, nutrition parentérale), en association avec les autres vitamines du groupe b.

- proposé chez l'alcoolique, notamment en cas de polyalcoolies.

- proposé dans d'autres polyalcoolies supposées d'origine toxicitairelle.

- utilisée, à forte dose, dans certains syndromes dououreux.

## 5. POSOLOGIE

- Mode et voies d'administration :

Voie orale.

- Durée du traitement :

se conformer à l'ordonnance de votre médecin.

- Fréquence d'administration :

2 à 4 comprimés par jour, à avaler sans croquer.

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

## 6. CONTRE - INDICATIONS

ATTENTION !

### DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- Intolérance connue à la vitamine B1.

- Ne pas administrer aux enfants de moins de 8 ans.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## 7. EFFETS INDESIRABLES

Sans objet.

N'HÉSitez PAS À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN ET À SIGNALER TOUT EFFET NON SOUHAITE ET GÉNANT.

## 8. MISES EN GARDE SPECIALES ET PRÉCAUTIONS PARTICULIERES D'EMPLOI

En raison de la présence du saccharose et du Lactose monohydrate, ce médicament est contre indiqué en cas d'intolérance au fructose, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en sucre-isomaltase.

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HÉSITER À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

### EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

Saccharose et Lactose monohydrate.

Parlons-en à votre médecin, si vous avez une intolérance au fructose. EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## 9. INTERACTIONS

- Interactions avec d'autres médicaments ;
- Interactions avec les aliments et les boissons ;
- Interactions avec les produits de phytothérapie ou thérapie alternatives.

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MÉDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

## 10. UTILISATIONS EN CAS DE GROSSESSE ET D'ALLAITEMENT

Par mesure de précaution, il est préférable de ne pas utiliser ce médicament pendant la grossesse.

Allaitement : ce médicament est à éviter pendant l'allaitement.  
D'UNE FAÇON GÉNÉRALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MEDICAMENT.

## 11. I.

A G

MAC

Sans ob

PPV

## 12. SY

Sans ob

LOT

## 13. CO

DOS

Sans obj

PER

## 14. MEN

SEVRAG

- Conditi

- Précau

- Tenir h

- Ne pas u

- Nom et a

l'AMM au

Sans objet

## 15. Nom et ad

SYNTHEME

20-22, Rue /

Roches Noires

29300 Casab

Maroc

- la dernière date à laquelle cette notice a été approuvée est le : 03/2015

VITANEVRIL® FORT 100 mg  
30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

A CAPACITÉ CERTAINES

URDOSAGE

OME DE

titulaire de



USIEURS

OME DE

titulaire de

RADIOOTHERAPIE CONFORMATIONNELLE ET DOSIMETRIE 3D • RADIOTHERAPIE PAR MODULATION D'INTENSITE : IMRT • RAPID-ARC •  
 RADIO-CHIRURGIE STEREOTAXIQUE • CURIETHERAPIE HAUT DEBIT • MEDECINE NUCLEAIRE • ONCOLOGIE MEDICALE • ONCO. HEMATOLOGIE  
 GREFFE DE MOELLE OSSEUSE • RADILOGIE • CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE • CHIRURGIE REPARATRICE ET ESTHETIQUE • SOINS INTENSIFS  
 REANIMATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR • SOINS PALLIATIFS • RADIOFREQUENCE • DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DES TUMEURS

NOM & PRÉNOM : J. Beloucif Djamel Date : 25/12/09 AGE : 60 ans  
 ORGANISME GESTIONNAIRE : MPF N° ADMISSION :

### BILANS BIOLOGIQUES

HEMOGRAMME : NFS + plq

BILAN D'HÉMOSTASE : TP  PDF  TCK  Fibrinogène  INR  D-dimères

### BILAN BIOCHIMIQUE :

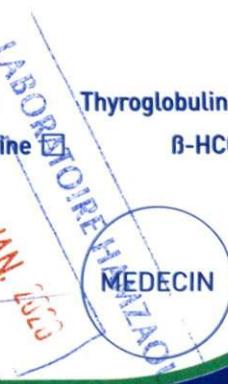
Ionogramme Complet <input type="checkbox"/>	Na+ <input type="checkbox"/>	Mg+ <input type="checkbox"/>	Protéines <input type="checkbox"/>	Fer serique <input type="checkbox"/>	Glycémie à jeun <input checked="" type="checkbox"/>
Reserve alcaline <input type="checkbox"/>	K+ <input checked="" type="checkbox"/>	Ca++ <input type="checkbox"/>	Albumine <input type="checkbox"/>	Ferritine <input type="checkbox"/>	Cl- <input type="checkbox"/>
EPP <input type="checkbox"/>	Triglycerides <input checked="" type="checkbox"/>	Cholest.total <input checked="" type="checkbox"/>	HDL <input type="checkbox"/>	LDL <input checked="" type="checkbox"/>	Ph <input type="checkbox"/>
Clairance de la créatinine <input checked="" type="checkbox"/>	Bilirub. totale <input type="checkbox"/>	Bilirubine directe <input type="checkbox"/>	ALAT <input type="checkbox"/>	Urée + creat <input type="checkbox"/>	
Ph. alcalines <input checked="" type="checkbox"/>	LDH <input type="checkbox"/>	GammaGT <input type="checkbox"/>	Hemoculture <input type="checkbox"/>	ASAT <input type="checkbox"/>	
CRP <input type="checkbox"/>	PCT <input type="checkbox"/>	CPK <input type="checkbox"/>	CPKmb <input type="checkbox"/>	ECBU <input type="checkbox"/>	
				TROPONINE <input type="checkbox"/>	

### MARQUEURS TUMORAUX

ACE <input type="checkbox"/>	CA19-9 <input type="checkbox"/>	CA15-3 <input type="checkbox"/>	CA125 <input type="checkbox"/>	AFP <input type="checkbox"/>	Thyroglobuline <input type="checkbox"/>
PSA <input checked="" type="checkbox"/>	Calcitonine <input type="checkbox"/>	NSE <input type="checkbox"/>	β2 microglobuline <input type="checkbox"/>		β-HCG <input type="checkbox"/>

### AUTRES :

*Docteur Omar HAJJI  
ONCOLOGUE MEDICAL  
Salal 3 Bd. La Grande Ceinture Ain Diab  
Casablanca  
Tél : 05 20 56 61 90/05 22 75 92 / 05 22 79 69 89  
Fax : 05 22 75 92 / 05 22 79 69 89  
14 JAN 2009*





# مختبر حمزاوي للتحاليلات الطبية

## LABORATOIRE HAMZAOUY D'ANALYSES MEDICALES

Docteur Noureddine HAMZAOUY

Docteur d'Etat en Pharmacie Biologiste Diplômé des Universités de Paris - France

Spécialiste en Diagnostic et Thérapeutique des couples infertiles

Ancien interne et attaché des hôpitaux de Paris

DEA des sciences économiques et sociales de la santé

INPE 093060721



Edité le : 14-janv-20

**Facture N°: FA015163/2020**

IF 87861100

TP 34459760

ICE: 001635816000075

Référence:



3 140120 240669

Date de prélèvement mardi 14 janvier 2020

Nom Prénom BELOUCH MOHAMED

Médecin: OMAR HAJJI

Quantité	Lettre clé	Analyses	Total
1	B 70	Bilirubine T+C+NC	93,8 dh
1	B 30	Cholestérol total	40,2 dh
1	B 80	Clairance créatinine	107,2 dh
1	B 30	Créatinine	40,2 dh
1	B 7	E25 (prise de sang)	9,38 dh
1	B 30	Glycémie à jeun	40,2 dh
1	B 80	HDL+LDL Cholestérol	107,2 dh
1	B 80	NFS (Numération Formule Complète)	107,2 dh
1	B 50	PAL (Phosphatases alcalines)	67 dh
1	B 300	PSA	402 dh
1	B 100	Transaminases (GOT+GPT)	134 dh
1	B 60	Triglycerides	80,4 dh
1	B 30	Urée	40,2 dh
B 947			1 041,70 dh

CMIM

**Net à payer TTC 1 041,70 dh**

Arrête la présente facture à la somme de:

**MILLE QUARANTE ET UN DIRHAMS ET SOIXANTE-DIX CENTIMES**

LABORATOIRE HAMZAOUY  
d'ANALYSES MÉDICALES  
Dr. Noureddine HAMZAOUY  
64 Bd. My Driss 1er - Casablanca  
Tél: 0522 28 40 46 / Fax: 0522 28 40 46

LABORATOIRE HAMZAOUY  
d'ANALYSES MÉDICALES  
64, Bd. My Driss 1er - Casablanca  
Tél: 0522 28 40 46 / Fax: 0522 28 40 46

64، شارع مولاي ادريس الأول (الطابق الأرضي)، زاوية شارع 2 مارس (قرب الجماعة الحضرية مرس السلطان) - الدار البيضاء

64, Bd. Moulay Idriss 1er (Rez-de-chaussée), Angle Bd. 2 Mars, (Attenant à la Commune Urbaine Mers Sultan) - Casablanca

📞 : 05 22 28 40 65 | 📞 : 05 22 28 40 46 - E-mail : hamzaoui@menara.ma



# مختبر حمزاوي للتحاليل الطبية

## LABORATOIRE HAMZAOUI D'ANALYSES MEDICALES

Docteur Noureddine HAMZAOUI

Docteur d'Etat en Pharmacie Biogiste Diplômé des Universités de Paris - France

Spécialiste en Diagnostic et Thérapeutique des couples infertiles

Ancien interne et attaché des hôpitaux de Paris

Edité le : 14-janv-20

DEA des sciences économiques et sociales de la santé

Date de prélèvement: mardi 14/01/2020

35475

Référence:

3 140120 240669  
Nom, Prénom: BELOUCH MOHAMED

Préscripteur, Dr: OMAR HAJJI

### BIOCHIMIE CLINIQUE HOMME ADULTE

Profil	Analyses	Résultat	Valeurs de références
Hépatique			
	BC Bilirubine conjuguée (d) .....	1	1 - 3 mg/l IFCC 37°C automatisé
	BNC Bilirubine non conjuguée (ind) .....	5	2 - 7 mg/l IFCC 37°C automatisé
	BT Bilirubine totale .....	6	3 - 10 mg/l IFCC 37°C automatisé
	GOT ( ASAT ).....	18	1 - 38 UI/l IFCC 37°C automatisé
	GPT ( ALAT ).....	17	1 - 40 UI/l IFCC 37°C automatisé
	PAL Phos. alcalines (H) .....	210	40 - 150 UI/l IFCC 37°C automatisé
Lipides			
	Cholestérol total .....	2,07	1,00 - 2,00 g/l IFCC 37°C automatisé
	HDL Cholestérol .....	0,56	0,40 - 0,90 g/l IFCC 37°C automatisé
	LDL Cholestérol .....	1,29	1,00 - 1,60 g/l IFCC 37°C automatisé
	Triglycerides .....	1,08	0,50 - 1,50 g/l IFCC 37°C automatisé
Marqueurs			
	PSA totale .....	0,84	< 4 ng/ml IFA (Immuno-Fluoro-Assay)
Métabolisme glucose			
	Glycémie à jeun .....	1,03	0,65 - 1,10 g/l IFCC 37°C automatisé
Rénal			
	Clairance créatinine (mesurée).....	86,03	100 - 140 ml/mn IFCC 37°C (UxV/P)
	Créatinine .....	11,3	6 - 13 mg/l IFCC 37°C automatisé
	Diurèse .....	2,8	0,5 - 1,5 litre/24 H Volumetrie
	Urée .....	0,19	0,15 - 0,50 g/l IFCC 37°C automatisé

Observations:

LABORATOIRE HAMZAOUI  
d'ANALYSES MEDICALES  
Dr. Noureddine HAMZAOUI  
64 Bd. My Driss 1er - Casablanca  
Tél: 0522 28 40 46

LABORATOIRE HAMZAOUI  
d'ANALYSES MEDICALES  
54, Bd. My Driss 1er - Casablanca  
Tél: 0522 28 40 46 / Fax: 0522 28 40 46

64, شارع مولاي ادريس الأول (الطابق الأرضي), زاوية شارع 2 مارس (قرب الجماعة الحضرية مرس السلطان) - الدار البيضاء

64, Bd. Moulay Idriss 1er (Rez-de-chaussée), Angle Bd. 2 Mars, (Attenant à la Commune Urbaine Mers Sultan) - Casablanca

📞 : 05 22 28 40 65



: 05 22 28 40 46 - E-mail : hamzaoui@menara.ma



# مختبر حمزاوي للتحاليلات الطبية

## LABORATOIRE HAMZAOUY D'ANALYSES MEDICALES

Docteur Noureddine HAMZAOUY

Docteur d'Etat en Pharmacie Biologiste Diplômé des Universités de Paris - France

Spécialiste en Diagnostic et Thérapeutique des couples infertiles

Ancien interne et attaché des hôpitaux de Paris

DEA des sciences économiques et sociales de la santé

Edité le : 14-janv-20

Date de prélèvement: mardi 14/01/2020

35475

Référence:



Nom, Prénom:

BELOUCH MOHAMED

Préscripteur, Dr:

OMAR HAJJI

### NFS: HEMOGRAMME

Cytométrie de flux

Analyses	Résultats	Valeurs de références:	HOMME ADULTE
----------	-----------	------------------------	--------------

#### Lignée érythrocytaire

Hématies	<b>4,54</b>	4,50 - 5,50	Millions/ $\mu$ l.
Hémoglobine	<b>12,8</b>	13,0 - 16,0	g%ml..
Hématochrite	<b>40,7</b>	40 - 54	%

#### Constantes érythrocytaires

VGM	<b>90</b>	85 - 95	$\mu$ l.
TGMH	<b>28</b>	27 - 34	pg/ $\mu$ l
CCMH	<b>31</b>	30 - 36	/ $\mu$ l

#### Lignée leucocytaire

Leucocytes	<b>3,69</b>	4,5 - 10,0	Mille/ $\mu$ l.
------------	-------------	------------	-----------------

#### Formule leucocytaire

P.Neutrophiles	<b>57,9 %</b>	<b>2137</b>	45 - 75 %	2000 - 7500 / $\mu$ l.
Lymphocytes	<b>28,2 %</b>	<b>1041</b>	25 - 45 %	1500 - 4000 / $\mu$ l
Monocytes	<b>12,3 %</b>	<b>454</b>	2 - 8 %	200 - 800 / $\mu$ l.
P.Eosinophiles	<b>0,8 %</b>	<b>30</b>	1 - 3 %	50 - 200 / $\mu$ l.
P.Basophiles	<b>0,8 %</b>	<b>30</b>	0 - 0,5 %	0 - 80 / $\mu$ l.

#### Lignée Thrombocytaire

Plaquettes	<b>239</b>	150 - 400	Mille/ $\mu$ l.
VPM	<b>9,9</b>	7,2 - 11,1	fl
Thrombocrite	<b>0,237</b>	0,090 - 0,540	%
IDP	<b>16,3</b>	10 - 16,5	

LABORATOIRE HAMZAOUY  
d'ANALYSES MEDICALES

64, Bd. My Driss 1er - Casablanca

Tel: 0522 28 40 65 / Fax: 0522 28 40 46

LABORATOIRE HAMZAOUY  
d'ANALYSES MEDICALES  
Dr. Noureddine HAMZAOUY  
64 Bd. My Driss 1er - Casablanca  
Tel: 0522 28 40 65 / Fax: 0522 28 40 46

64، شارع مولاي ادريس الأول (الطابق الأرضي)، زاوية شارع 2 مارس (قرب الجماعة الحضرية مرس السلطان) - الدار البيضاء

64, Bd. Moulay Idriss 1er (Rez-de-chaussée), Angle Bd. 2 Mars, (Attenant à la Commune Urbaine Mers Sultan) - Casablanca

📞 : 05 22 28 40 65 | 📞 : 05 22 28 40 46 - E-mail : hamzaoui@menara.ma