

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS.

Données 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.

Biologie 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.

Educations :

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



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

Déclaration de Maladie

N° P19-0026139

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00742

Société : RAH

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHRAÏBI Latifa

Date de naissance : 20/10/1947

Adresse : Residence 2 Hous - No 102 - Avenue 2 Hous

Quartier de l'Horloge - Casablanca

Tél. : 0661806768 Total des frais engagés : 6294,00 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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) :



Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

تقديم ورقة العلاجات. بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأتمنتها بالوصفات المرسلة.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاضدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

الآخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

توقيع و طابع التعاضدية	Cachet et signature de la mutuelle
Identification de l'agent :	



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de soins maladie

النامين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.01.01 مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : IBN ZIDOUN A.L.I. الاسم العائلي و الشخصي

N° Affiliation : 807082 رقم الإنخراط

N° Immatriculation : 44384831 رقم التسجيل

N° CIN : B 37 88 49 رقم بطاقة التعريف الوطنية

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse : Residence 2 Haas N° 102 Avenue 2 Haas العنوان

Montant des frais (Dhs) : 300,00 + 1445,00 + 1896,00 مبلغ المصاريف (درهم)

Nombre de pièces jointes : 950 + 1200 عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : IBN ZIDOUN الاسم العائلي و الشخصي

Date de naissance : تاريخ الإزدياد

N° CIN : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe : M ذكر F أنثى الجنس *

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP لرقم الوطني الإستدلالي للممارس

Type de soins نوع العلاجات

Maladie * مرض * Pli confidentiel remis* : Oui Non م تقديم الظرف المغلق *

Maternité * أمومة * Date de grossesse : تاريخ الحمل

Hospitalisation * استشفاء * Date prévue d'accouchement : لتاريخ المرتقب للولادة

Accident * حادث * Date d'hospitalisation : تاريخ الإستشفاء

Date d'accident : تاريخ الحادث

Causes : أسباب الحادث

أشهر بصحة كل ما ذكر أعلاه J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant. حرر ب : في : توقيع المؤمن له (لها)	أصريح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables حرر ب : في : توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

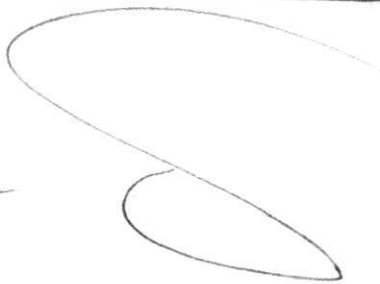
وصف العمليات المجراة

[illegible]

CIM-10

جاءت الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع ومطاب الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
31/09/2020	18.96,00 092040492	

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

[illegible]

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.01.01 مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : 1222100000 Ali : الاسم العائلي والشخصي
N° Affiliation : 207022 : رقم الإنخراط
N° Immatriculation : 44384331 : رقم التسجيل
N° CIN : 3 375249 : رقم بطاقة التعريف الوطنية
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* : علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له
Conjoint ☒ زوج ☐ Enfant ☐ ابن
Adresse : Residence 2 Hays - No 102 - Avenue 2 Hays : العنوان
quartier des nouveaux - C.A.S.A
Montant des frais (Dhs) : 300950099953,00 : مبلغ المصاريف (درهم)
Nombre de pièces jointes : 11 : عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات
Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe* : ☐ M ☐ F ☐ أنثى ☐ ذكر : الجنس*

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 0910361104 : الرقم الوطني الاستدلالي للممارس

Type de soins : نوع العلاجات

Maladie * : مرض * ☐ Oui ☐ Non : تم تقديم الظرف المغلق*

Maternité * : أمومة * ☐ : تاريخ الحمل :

Hospitalisation* : استشفاء* ☐ : التاريخ المرتقب للولادة :

Accident * : حادث* ☐ : تاريخ الإستشفاء :

Causes : أسباب الحادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

أصريح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à :

le :

توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré (e)

Fait à :

le :

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة المستفيدة
Cacher et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

* INP : Identification Nationale du Praticien
* Cocher la mention utile pour chaque case

* أشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

Casablanca, le 01/10/2020

Cher confrère,
Je vous remercie de m'avoir adressé votre patiente IBNZIDOUN ALI

ECHOGRAPHIE CERVICALE

Lobe thyroïdien droit :

- Taille : 22 x 28 x 60mm soit un volume de 20,3 cc .
- Echostructure : hétérogène par la présence de multiples nodules, dont les plus volumineux sont isoéchogènes de contours réguliers, ovalaires, lobaire supérieur (11 x 13 x 8mm), isthmo-lobaire (11 x 9 x 11 mm) et lobaire inférieur (9 x 14 x 15mm) .
- Vascularisation : pas d'hyperhémie au doppler couleur

Lobe thyroïdien gauche :

- Taille : 22 x 22 x 52mm soit un volume de 13,5 cc .
- Echostructure : hétérogène par la présence de multiples nodules dont les plus volumineux sont isoéchogènes de contours réguliers, ovalaires, lobaire moyen (11 x 8 x 10mm) et lobaire inférieur (20 x 13 x 18 mm) .
- Vascularisation : pas d'hyperhémie au doppler couleur

Isthme : augmenté taille mesure 7,2 mm, hétérogène par la présence de kystes.

Les glandes parotides et sous-maxillaires ne présentent pas d'anomalie notable.

Absence d'adénopathies cervicales.

Les axes vasculaires sont libres.

Conclusion/

Goitre hétéro-nodulaire (EU-TIRADS 3)





مصحة الاختصاصات الشفاء
Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma

Docteur :

Casablanca, le :

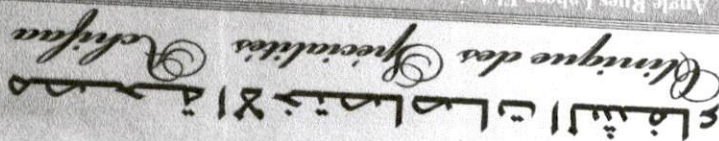
À IBRAHIM ALI.

Garde nodulaire

sous surveillance

1) Echographie thyroïdienne

URGENCES 24/24 مستعجلات



Angle Rues Labcen El Arjoun et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc
E-mail : clinique@chf.ma

E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma

Docteur :

Casablanca, le : 29/04/70

1. 1322.000

For the
Catholics of St.

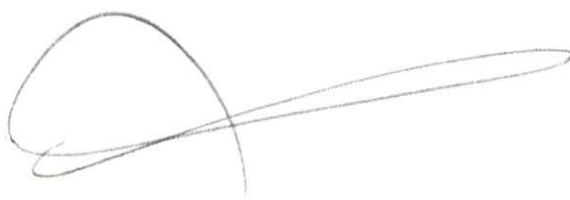
 **مصحة الاختصاصات الشفاء**
Clinique des Spécialités Achifaa
Angle Rues Lahcen El Arjouni et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc
E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma

Docteur :

Casablanca, le :

N. IBRAHIM ALI

18 Mars - 13h - 14h



URGENCES 24/24 مستعجلات

مختبر 2 مارس للتحليلات الطبية

LABORATOIRE 2 Mars D'ANALYSES MÉDICALES

DR. BENCHEKROUN MHAMMED LOUTFI

Ancien Docteur Biologiste
au CHU Ibn Rochd -Casablanca

Hématologie - Bactériologie - Virologie

Biochimie - Parasitologie - Mycologie

Hormonologie - Biologie de la Reproduction



د. بنشقرن محمد لطفي

دكتور إحيائي سابق
بالمركز الإستشفائي الجامعي إبن رشد بالدار البيضاء
الكيمياء الحيوية - أمراض الدم - علم الميكروبات
علم الفيروسات - علم الطفيليات - علم الفطريات
علم المناعة - الإنجاب البيولوجي

Prélèvement du: 01/10/2020 à 8:02

Mr IBNZIDOUN Ali

Edition du : 02/10/2020

Dossier N° : 011020-002

Demandé par Dr : EL AZIZ Siham

Page : 1/1

HORMONOLOGIE

		Valeurs Usuelles	Antériorité
T3L-Triiodothyronine libre :	2,54 pg/ml	(2 - 4,4)	
(Tech.Chimiluminescence)			
Cortisol 8 (7 - 10)			
(Chimiluminescence)			
Résultat :	206,70 µg/L ✓ 570,00 nmol/L	(62 - 194) (217 - 620)	
FT4 : THYROXINE LIBRE :	0,73 ng/dl 9,13 pmol/l	(0,6 - 1,2) (7,5 - 15)	
(Tech.chimiluminescence(CL1000i))			

Horaires d'ouverture : Toute la semaine 7j/7 de 7h30 à 19h30

102, Av 2 Mars Quartier des Hôpitaux (en face de KFC) Casablanca

Tél: +212 522 865 054 - Fax : +212 522 864 844 - Urgences +212 771 090 961 - Email : laboanalyses2mars@gmail.com

LABORATOIRE 2 MARS D'ANALYSES MEDICALES

Dr. BENCHEKROUN MHAMMED LOUTFI

Spécialiste en biologie médicale

102, Av 2 Mars quartier des Hôpitaux (en face de KFC)

Tél : 0522 865 054 - Fax: 0522 864 844 - E-mail: laboanalyses2mars@gmail.com

TP : 36339707 - ICE : 002 117477000018 - INPE : 093062271 - IF : 26070433 - CNSS : 1088383

Facture

CASABLANCA , le 12/10/2020

N° facture : 20-4833

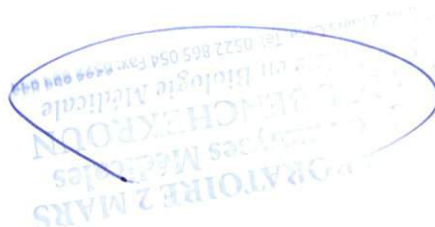
Edité le : 12/10/2020

Patient : Mr IBNZIDOUN Ali

Date prélèvement : 01/10/2020

Analyses	Nombre B	Montant
T3L-Triiodothyronine libre	250	335,00
Cortisol plasmatique (8h)	250	335,00
T4 Thyroxine libre	200	268,00
Total B	700	938,00
APB	1,0	15,00
Total		953,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Neuf cent cinquante-trois dirhams***



[illegible]

01/10/2020	0700 - PCW	053, 00
INPE: 093062271		

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : []					

le: 11/11/11 le: 11/11/11

RADIOLOGIE SEBTA 23

Scanner - Echographie - Radiologie Conventionnelle - Radiologie Dentaire - Mammographie

Dr Latifa MAHFOUD

Docteur Salah Eddine DRHIMER

Docteur Driss EL HASSY

Quartier des hôpitaux - Casablanca - Tél : 022 49 09 60 / 61 - Fax : 022 49 09 62

Casablanca, le 01/10/2020

Facture N° 2899/2020

Nom patient : IBNZIDOUN ALI

Examen(s) réalisé(s) :

ECHOGRAPHIE CERVICALE:

Montant : 500 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

CINQ CENTS DIRHAMS

REGLEMENT : ESPECES



C.N.S.S/2567157-Patente N°344001143-IF 01084042- ICE: 001514978000009 - RC 65423



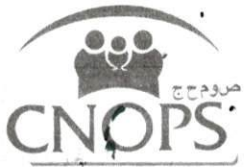
Docteur :

Casablanca, le :

24/09/10

N. IBRAHIM. Aï

1) nodule thyroïdien +
hypothyroïdisme
écho stréphne
thyroïdienne



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.01.01 مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : IBN Zidoun Ali : الإسم العائلي و الشخصي
N° Affiliation : 207088 : رقم الانخراط
N° Immatriculation : 44384831 : رقم التسجيل
N° CIN : B 378249 : رقم بطاقة التعريف الوطنية
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* : علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له
Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن
Adresse : Residence 2 Hous No 202 Avenue 2 Hous : العنوان
quartier des Houtaux CASA
Montant des frais (Dhs) : 300,00 + 900,00 + 1846,00 + 1445,00 : مبلغ المضاريف (درهم)
Nombre de pièces jointes : 81 : عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات
Nom et prénom : IBN ZIDOUN : الإسم العائلي و الشخصي
Date de naissance : : تاريخ الإزدياد
N° CIN : : رقم بطاقة التعريف الوطنية
Sexe* : M ذكر ☒ أنثى ☐ : الجنس*

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 091032284 : الرقم الوطني الإستدلالي للممارس
Type de soins : نوع العلاجات
Maladie* : ☐ مرض* : ☐ Pli confidentiel remis* : ☐ Oui ☐ Non : تم تقديم الظرف المغلق*
Maternité* : ☐ أمومة* : ☐ Date de grossesse : : تاريخ الحمل
Date prévue d'accouchement : : التاريخ المرتقب للولادة
Hospitalisation* : ☐ استشفاء* : ☐ Date d'hospitalisation : : تاريخ الإستشفاء
Date d'accident : : تاريخ الحادث
Accident* : ☐ حادث* : ☐ Causes : : أسباب الحادث

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.
Fait à : حرر ب :
le : في :
توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré (e)

أصريح بمصادقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : حرر ب :
le : في :
توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cache et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

- INP : Identification Nationale du Praticien
- * Cocher la mention utile pour chaque case

* أشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

Casablanca, le 01/10/2020

Cher confrère,
Je vous remercie de m'avoir adressé votre patiente IBNZIDOUN ALI

ECHOGRAPHIE CERVICALE

Lobe thyroïdien droit :

- Taille : 22 x 28 x 60mm soit un volume de 20,3 cc .
- Echostructure : hétérogène par la présence de multiples nodules, dont les plus volumineux sont isoéchogènes de contours réguliers, ovalaires, lobaire supérieur (11 x 13 x 8mm) , isthmo-lobaire (11 x 9 x 11 mm) et lobaire inférieur (9 x 14 x 15mm) .
- Vascularisation : pas d'hyperhémie au doppler couleur

Lobe thyroïdien gauche :

- Taille : 22 x 22 x 52mm soit un volume de 13,5 cc .
- Echostructure : hétérogène par la présence de multiples nodules dont les plus volumineux sont isoéchogènes de contours réguliers, ovalaires, lobaire moyen (11 x 8 x 10mm) et lobaire inférieur (20 x 13 x 18 mm) .
- Vascularisation : pas d'hyperhémie au doppler couleur

Isthme : augmenté taille mesure 7,2 mm, hétérogène par la présence de kystes.

Les glandes parotides et sous-maxillaires ne présentent pas d'anomalie notable.

Absence d'adénopathies cervicales.

Les axes vasculaires sont libres.

Conclusion/

Goitre hétéro-nodulaire (EU-TIRADS 3)



IRNOI ZIDONE, ALI
41499 20 10 01 7

SP 6 12 P M MI 1.1 RADIOLOGIE SERTA CASA
5.0cm / 31Hz TIs 0.2 01.10.2020 15:26:41

Thyroid
13.00 - 4.00
Puls: 94 %
Gn: 2
Cb: M5
P3: F3

Thy H

Thy H

Thy L

THYROI DE LOBE DRT

1 D 6.04cm

Rt Thy
Rt Thy
Rt Thy
Rt Thy

IRNOI ZIDONE, ALI
41499 20 10 01 7

SP 6 12 P M MI 1.1 RADIOLOGIE SERTA CASA
4.2cm / 33Hz TIs 0.2 01.10.2020 15:29:13

Thyroid
13.00 - 4.00
Puls: 94 %
Gn: 2
Cb: M5
P3: F3

ISTHME

1 D 0.72cm

IRNOI ZIDONE, ALI
41499 20 10 01 7

SP 6 12 P M MI 1.1 RADIOLOGIE
4.2cm / 33Hz TIs 0.2 01.10.2

THYROI DE LOBE GHE

IRNOI ZIDONE, ALI
41499 20 10 01 7

SP 6 12 P M MI 1.1 RADIOLOGIE SERTA CASA
4.2cm / 33Hz TIs 0.2 01.10.2020 15:31:00

Thyroid
13.00 - 4.00
Puls: 94 %
Gn: 2
Cb: M5
P3: F3

Thy H

Thy H

Thy L

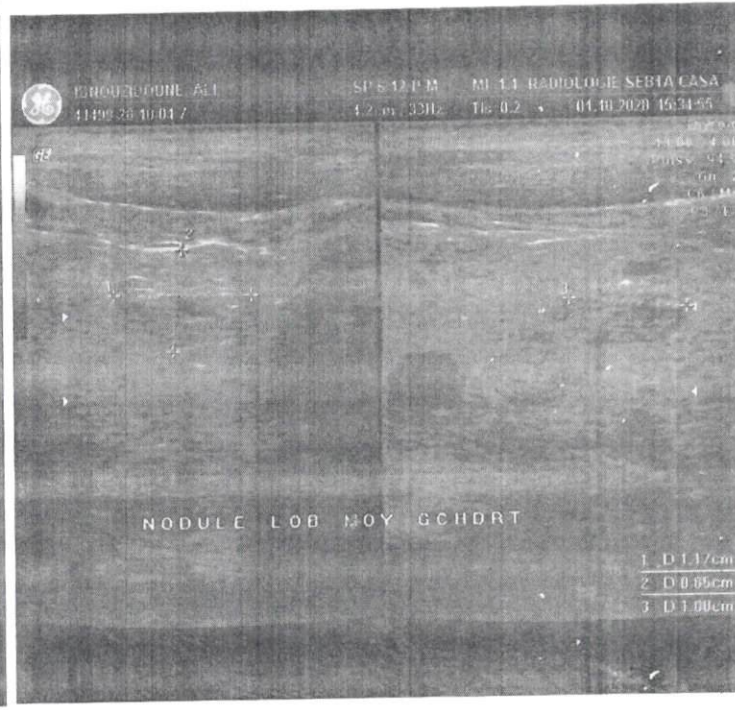
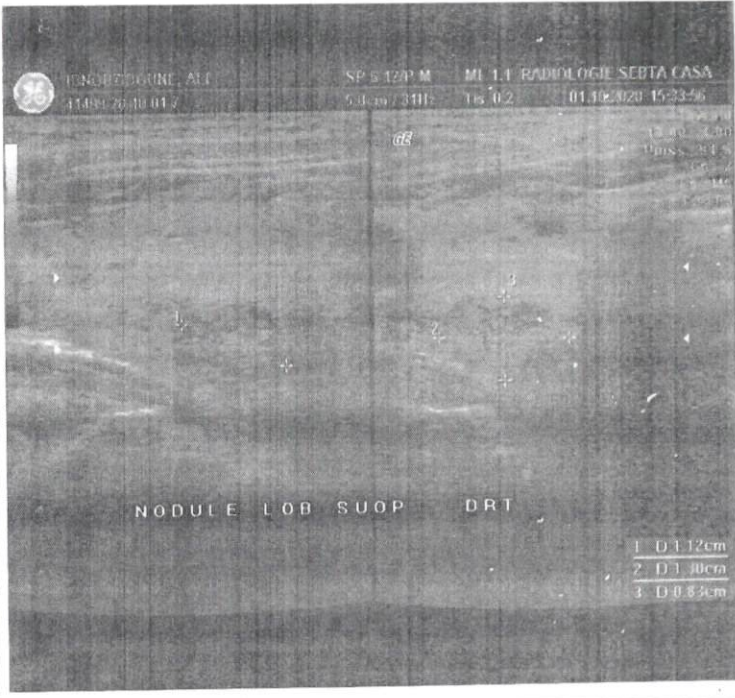
THYROI DE LOBE GHE

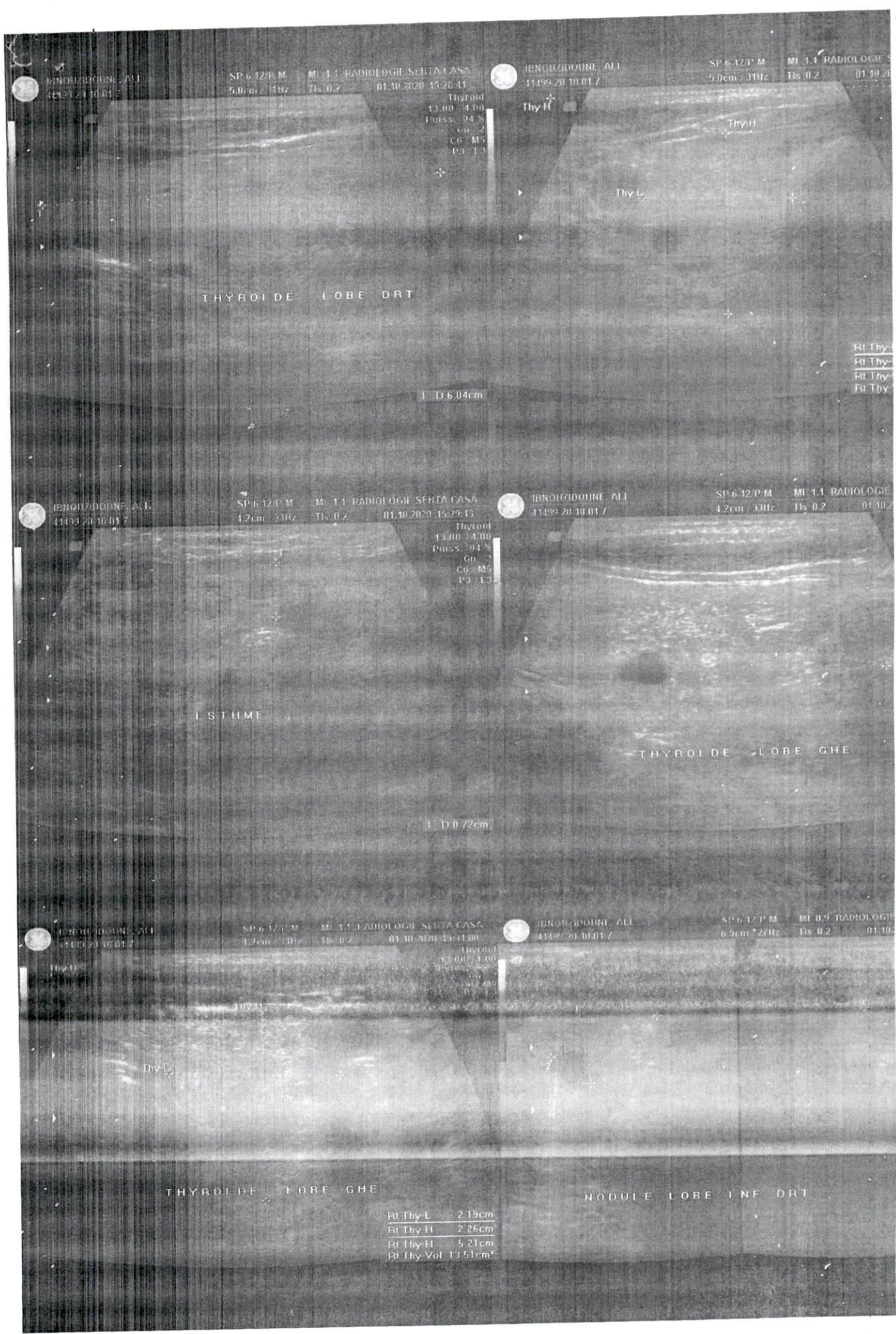
IRNOI ZIDONE, ALI
41499 20 10 01 7

SP 6 12 P M MI 0.9 RADIOLOGIE
5.5cm / 27Hz TIs 0.2 01.10.

NODULE LOBE INF DRT

Rt Thy L 2.19cm
Rt Thy H 2.26cm
Rt Thy I 5.21cm
Rt Thy Vol 13.51cm³





IRNOI IZIDOLINE ALI
41430 20 10 01 7

SP 6 12 P M MI 1.1 RADIOLOGIE SENTA CASA
5.0cm / 3Hz Tls 0.2 01.10.2020 15:26:41
Thyroid
13.00 4.00
Puls 94 %
Gr 2
C6 M3
P3 13

IRNOI IZIDOLINE ALI
41430 20 10 01 7

SP 6 12 P M MI 1.1 RADIOLOGIE
5.0cm / 3Hz Tls 0.2 01.10.20

THYROID LOBE DRT

1 D 6.04cm

Rt Thy
Rt Thy
Rt Thy
Rt Thy

IRNOI IZIDOLINE ALI
41430 20 10 01 7

SP 6 12 P M MI 1.1 RADIOLOGIE SENTA CASA
4.2cm / 3Hz Tls 0.2 01.10.2020 15:29:13
Thyroid
13.00 4.00
Puls 94 %
Gr 2
C6 M3
P3 13

IRNOI IZIDOLINE ALI
41430 20 10 01 7

SP 6 12 P M MI 1.1 RADIOLOGIE
4.2cm / 3Hz Tls 0.2 01.10.2

ISTHME

1 D 0.72cm

THYROID LOBE GHE

IRNOI IZIDOLINE ALI
41430 20 10 01 7

SP 6 12 P M MI 1.1 RADIOLOGIE SENTA CASA
4.2cm / 3Hz Tls 0.2 01.10.2020 15:41:00
Thyroid
13.00 4.00
Puls 94 %
Gr 2
C6 M3
P3 13

IRNOI IZIDOLINE ALI
41430 20 10 01 7

SP 6 12 P M MI 0.9 RADIOLOGIE
6.9cm / 2Hz Tls 0.2 01.10.

THYROID LOBE GHE

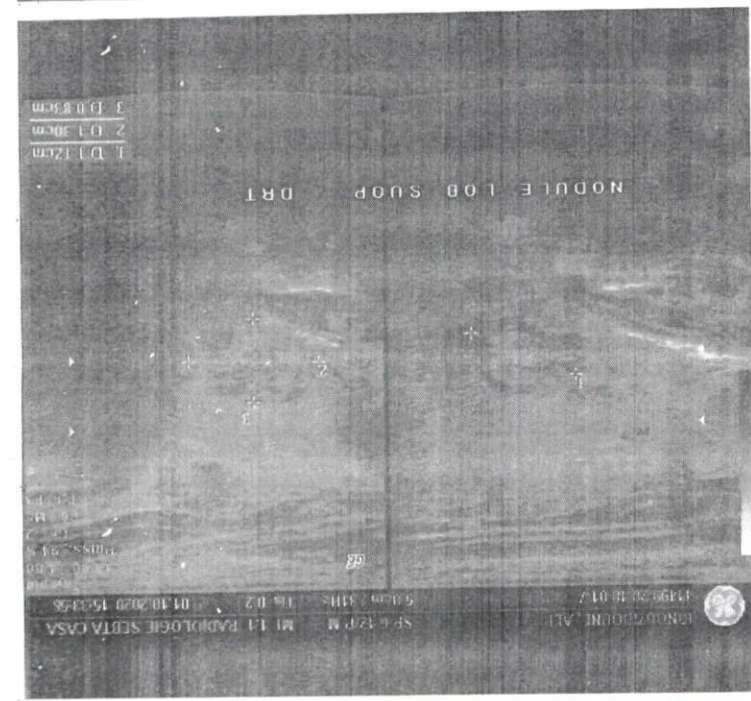
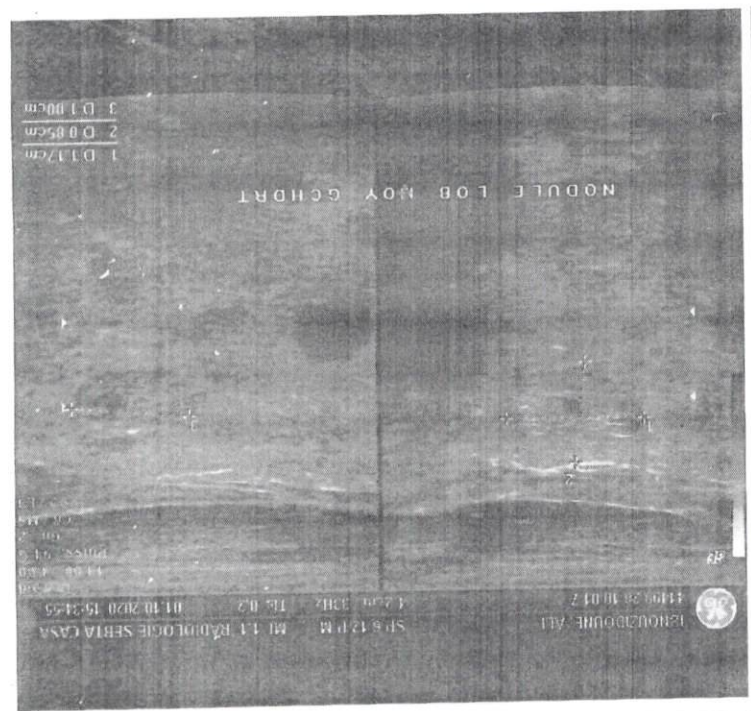
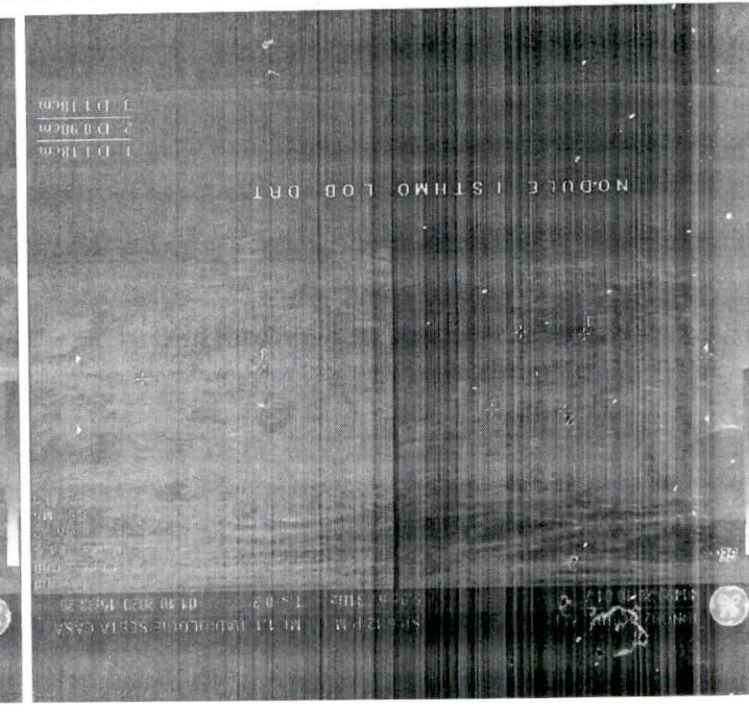
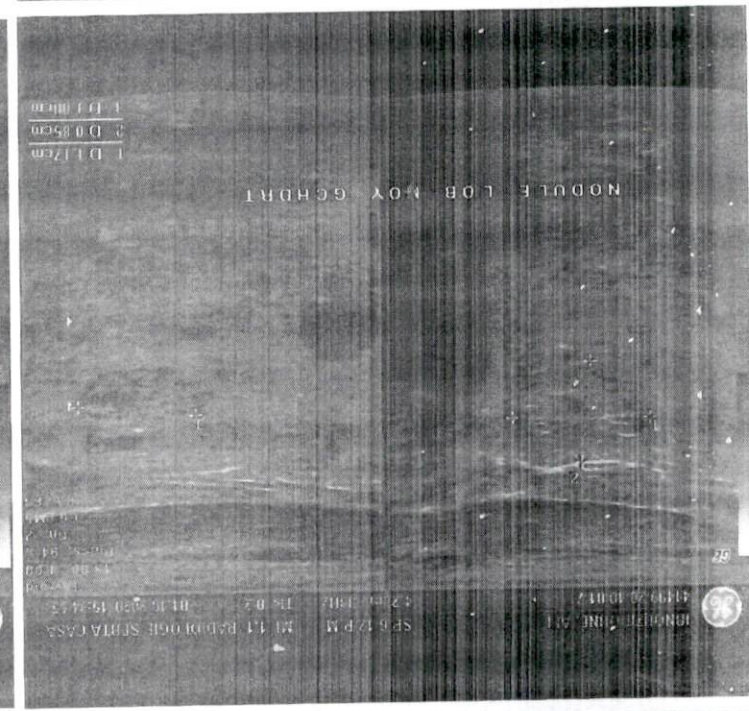
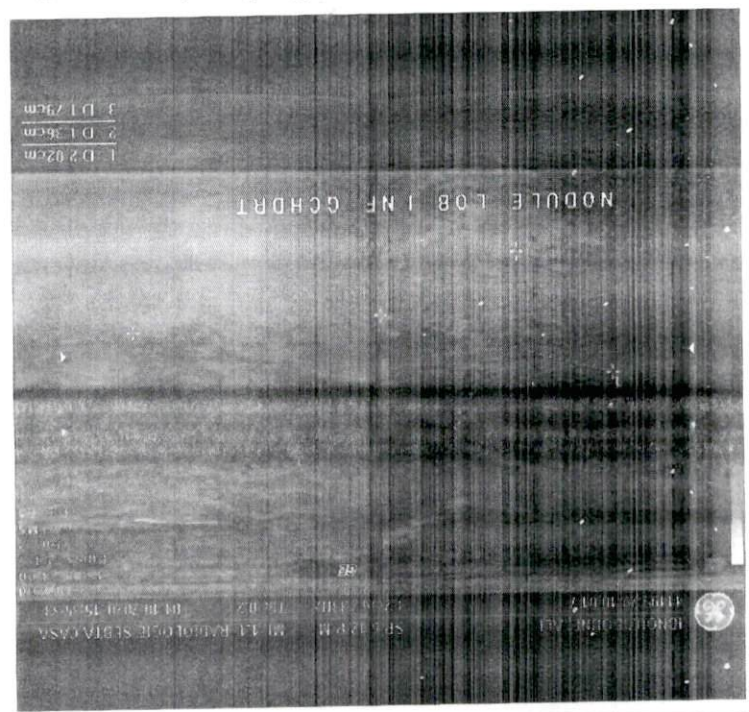
NODULE LOBE INF DRT

Rt Thy-L 2.19cm
Rt Thy-H 2.26cm
Rt Thy-Fl 5.21cm
Rt Thy-Vol 13.51cm³

Radiologie

الفحص بالأشعة
سبتا 23

imprimé par VisionPrint



Informatio

n

PAYE

NON

PAYE 1

Uniquement
les dossiers
payés des
derniers 6
mois sont
affichés.

Nb.Dossier (s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiair e	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
2 -		09/11/2020	E-Mandat	-	6 294,00	3 907,20	1 114,80	5 022,00
64050417	16/10/2020	Payé en : 24 jours		IBN ZIDOUN ALI	4 541,00	3 011,20	890,8	3 902,00
64050466	16/10/2020	Payé en : 24 jours		IBN ZIDOUN ALI	1 753,00	896	224	1 120,00
1 -		22/07/2020	E-Mandat	-	2 196,00	1 447,20	598,8	2 046,00
1 -		13/03/2020	E-Mandat	-	2 196,00	1 479,20	606,8	2 086,00
1 -		28/01/2020	E-Mandat	-	1 339,90	628,2	73,8	702



Reçu de paiement Mandati Organisme

إيصال أداء مانضتي

Bénéficiaire / المستفيد

Nom et Prénom / الاسم العائلي و الشخصي

: IBN ZIDOUN ALI

Adresse / العنوان

:

Type pièce d'identité

: CIN

N° pièce d'identité

: B378249

N°Affiliation

: 441384831

Organisme

: CNOP

ID Paiement

:

36

ID Mandat

:

20-5-371979

Date de paiement / تاريخ الأداء

:

19/11/2020 11:40:15

Montant du transfert / مبلغ التحويل

:

5014,30 MAD

Agence / الوكالة

:

21274-BC CASABLANCA
2 MARSSignature du client / توقيع الزبونSignature de l'agent / توقيع العون

(*) Les conditions générales relatives aux services du transfert sont disponibles dans votre agence à la demande.

BARID CASH, SA. Au capital de 50 000 000 MAD. Siège social : Angle boulevard Hassan II et boulevard de Paris - Casablanca - Registre Commerce n° : 292237 Casablanca- Patente n° : 35
591751 Identifiant Fiscal n° 14466363 - C.N.S.S n° : 980 2572



CABINET DE NEUROCHIRURGIE ADULTES ET ENFANTS

Professeur Ali OUBOUKHLIK
NEUROCHIRURGEN

البروفيسور علي أبو خليل
جراحة الدماغ والعمود الفقري

Casablanca, le : 18.9.20

N° ibn Zidoune 21

126,00 x3
378,00

Cilentrà 20

14

x 3ms

506,00 x3
1518,00

Dopexil 20

14

x 3ms

1896,00

Professeur Ali OUBOUKHLIK
NEUROCHIRURGEN
Casablanca



080 200 32 32



www.albaridbank.ma



Le, 10/11/2020

IBN ZIDOUN ALI
NO 102 BD 2 MARS
CASABLANCA MAAR 20100



Objet: Avis de notification d'un mandat.

MR (MME),

Nous vous informons qu'un mandat au titre du remboursement des frais d'assurance maladie est à votre disposition pour le paiement dans l'agence Poste Maroc de votre choix.

Ses caractéristiques sont les suivantes :

- N° d'émission du mandat : 00136562
- N° d'Affiliation : 441384831
- Date d'émission mandat : 09/11/2020
- Montant engagé : 6294,00
- Montant remboursé : 5014,30
- Expéditeur : OMFAM-CMB B.P 9010 CASA
- Date de fin de validité : 09/01/2021

Date et signature

Timbre de l'agence de paiement

RADIOLOGIE SEBTA 23

Scanner - Echographie - Radiologie Conventionnelle - Radiologie Dentaire - Mammographie

Dr. Latifa MAHFOUD

Docteur Salah Eddine DRHMER

Docteur Driss EL HASSAN

Rue Sebta - Quartier des hôpitaux - Casablanca - Tél : 022 49 09 60 / 61 - Fax : 022 49 09 62

Casablanca, le 01/10/2020

Facture N° 2899/2020

Nom patient : IBNZIDOUN ALI

Examen(s) réalisé(s) :

ECHIOGRAPHIE CERVICALE:

Montant : 500 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

CINQ CENTS DIRHAMS
REGLEMENT : ESPECES

C.N.S.S/2567157-Patente N°344001143-IF 01084042- ICE: 001514978000009 - RC 65423



Docteur :

Casablanca, le : 24/09/10

N. IBRAHIM. Aci

1) nodule thyroïdien +
suprathyrôidien
écho strôphé
thyroïdienne

Signature et Cachet du Médecin traitant

Dr. PLAZIT SILLARI
Professeur
Endocrinologue - Dié
Maladies h
Tél. 06 8
consultation
Nutrition
Jeunes
0.30
reboe 4.1

Dr. PLAZIT SILLARI
Professeur
Endocrinologue - Dié
Maladies h
Tél. 06 8
consultation
Nutrition
Jeunes
0.30
reboe 4.1

جدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

[illegible]

مختبر 2 مارس للتحليلات الطبية

LABORATOIRE 2 Mars D'ANALYSES MÉDICALES

DR. BENCHEKROUN MHAMMED LOUTFI

Ancien Docteur Biologiste
au CHU Ibn Rochd -Casablanca
Hématologie - Bactériologie - Virologie
Biochimie - Parasitologie - Mycologie
Hormonologie - Biologie de la Reproduction



د. بنشقرن محمد لطفي

دكتور إحيائي سابق
بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء
الكيمياء الحيوية - أمراض الدم - علم الميكروبات
علم الفيروسات - علم الطفيليات - علم الفطريات
علم المناعة - الإنجاب البيولوجي

Prélèvement du: 01/10/2020 à 8:02

Mr IBNZIDOUN Ali

Edition du : 02/10/2020

Dossier N° : 011020-002

Demandé par Dr : EL AZIZ Siham

Page : 1/1

HORMONOLOGIE

		Valeurs Usuelles	Antériorité
T3L-Triiodothyronine libre :	2,54 pg/ml	(2 - 4,4)	
(Tech.Chimiluminescence)			
Cortisol 8 (7 - 10)			
(Chimiluminescence)			
Résultat :	206,70 µg/L ✓ 570,00 nmol/L	(62 - 194) (217 - 620)	
FT4 : THYROXINE LIBRE :	0,73 ng/dl 9,13 pmol/l	(0,6 - 1,2) (7,5 - 15)	
(Tech.chimiluminescence(CL1000i))			

Horaires d'ouverture : Toute la semaine 7j/7 de 7h30 à 19h30

102, Av 2 Mars Quartier des Hôpitaux (en face de KFC) Casablanca

Tél: +212 522 865 054 - Fax : +212 522 864 844 - Urgences +212 771 090 961 - Email : laboanalyses2mars@gmail.com

LABORATOIRE 2 MARS D'ANALYSES MEDICALES

Dr. BENCHEKROUN MHAMMED LOUTFI

Spécialiste en biologie médicale

102, Av 2 Mars quartier des Hôpitaux (en face de KFC)

Tél : 0522 865 054 - Fax: 0522 864 844 - E-mail: laboanalyses2mars@gmail.com

TP : 36339707 - ICE : 002 117477000018 - INPE : 093062271 - IF : 26070433 - CNSS : 1088383

Facture

CASABLANCA , le 12/10/2020

N° facture : 20-4833

Edité le : 12/10/2020

Patient : Mr IBNZIDOUN Ali

Date prélèvement : 01/10/2020

Analyses	Nombre B	Montant
T3L-Triiodothyronine libre	250	335,00
Cortisol plasmatique (8h)	250	335,00
T4 Thyroxine libre	200	268,00
Total B		700
APB		1,0
Total		953,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Neuf cent cinquante-trois dirhams***





مصحة الاختصاصات الشفاء
Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjouni et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma

Docteur :

Casablanca, le :

À IBRAHIM ALI

Garde nodulaire

sous surveillance

1) Echographie thyroïdienne

URGENCES 24/24 مستعجلات



مصلحة الاختصاصات الشفاء
Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjouni et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma

Docteur :

Casablanca, le : 29/09/20

N. ibrahim Ali

132 - 1ul
1. Corbisomé de sh



مصحة الاختصاصات الشفاء
Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjouni et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc
E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma

Docteur :

Casablanca, le :

A. IBRAHIM AU

18 Mars - 13h - 14h

مستعجلات 24/24
URGENCES 24/24

IBN ZIDOUN ALI, 01/01/1944, 7 km/1000, 15 mm/s, LONGITUDINAL, CZ, 500 Hz, 0,5 Hz, 35 Hz, Filtre rejecteur: M, 18/09/2020, 11:12, Docteur: Pr Ouboukhlik

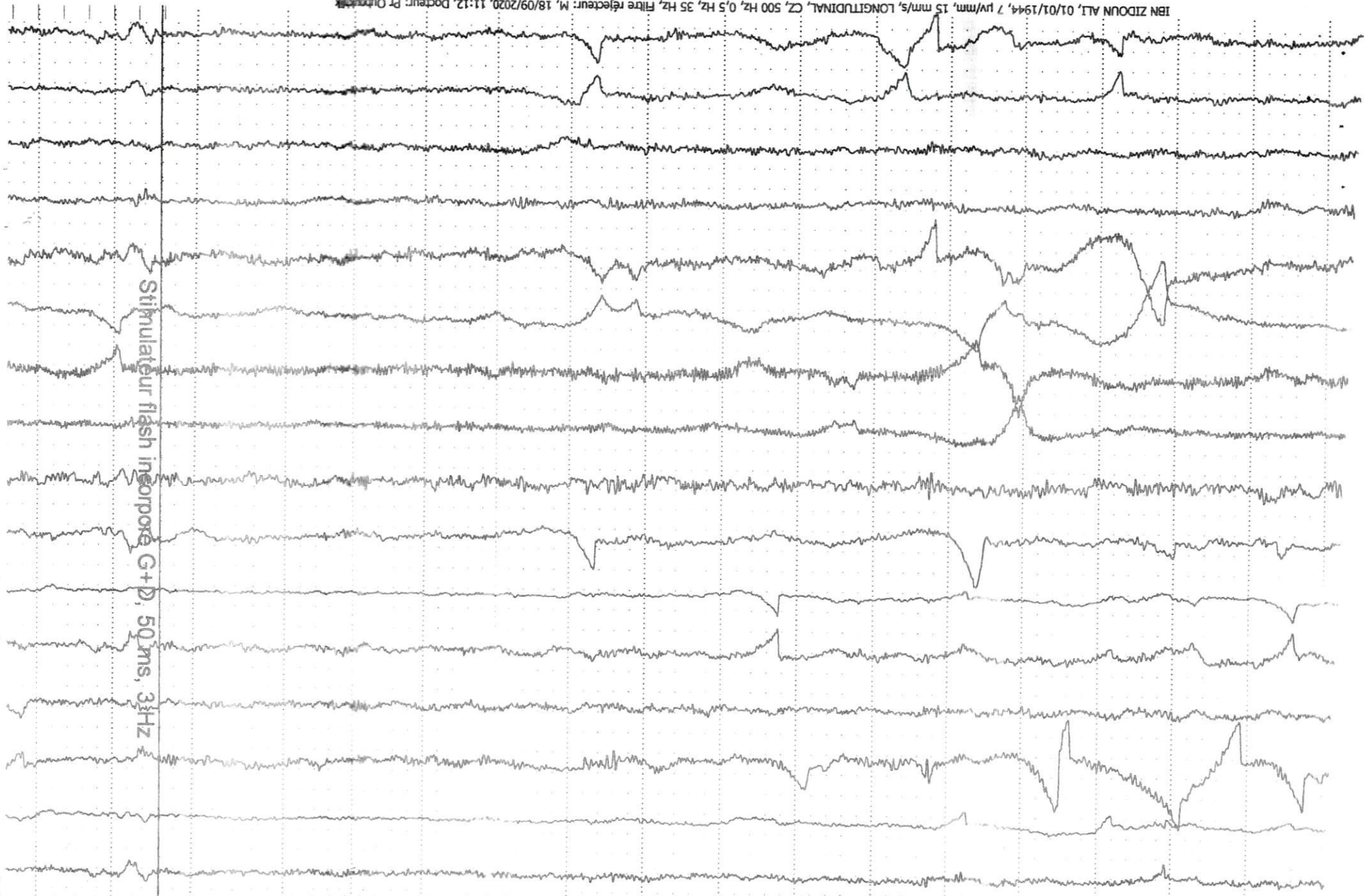


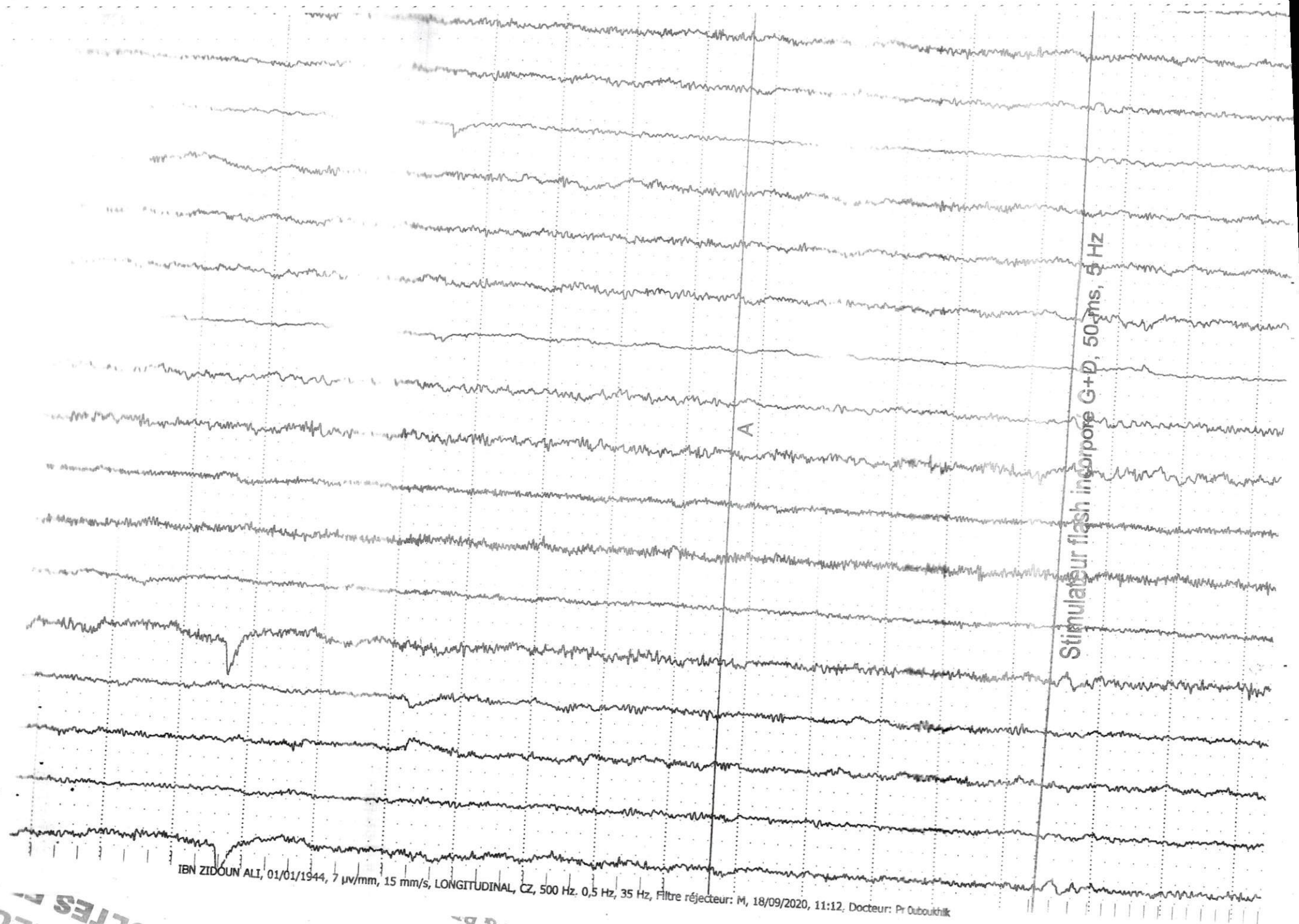
NOM & PRENOM

ADULTES ET

IBN ZIDOUN ALI, 01/01/1944, 7 μ V/mm, 15 mm/s, LONGITUDINAL, CZ, 500 Hz, 0,5 Hz, 35 Hz, Filtre rejeteur: M, 18/09/2020, 11:12, Docteur: Pr Outouk

Stimulateur flash incorporé G+D, 50 ms, 3 Hz





Stimulateur flash incorpore G+D, 50 ms, 5 Hz

IBN ZIDOUN ALI, 01/01/1944, 7 μ v/mm, 15 mm/s, LONGITUDINAL, CZ, 500 Hz, 0,5 Hz, 35 Hz, Filtre réjeteur: M, 18/09/2020, 11:12, Docteur: Pr Ouboukhik

ADULTES
DE NEUR

NOM & P

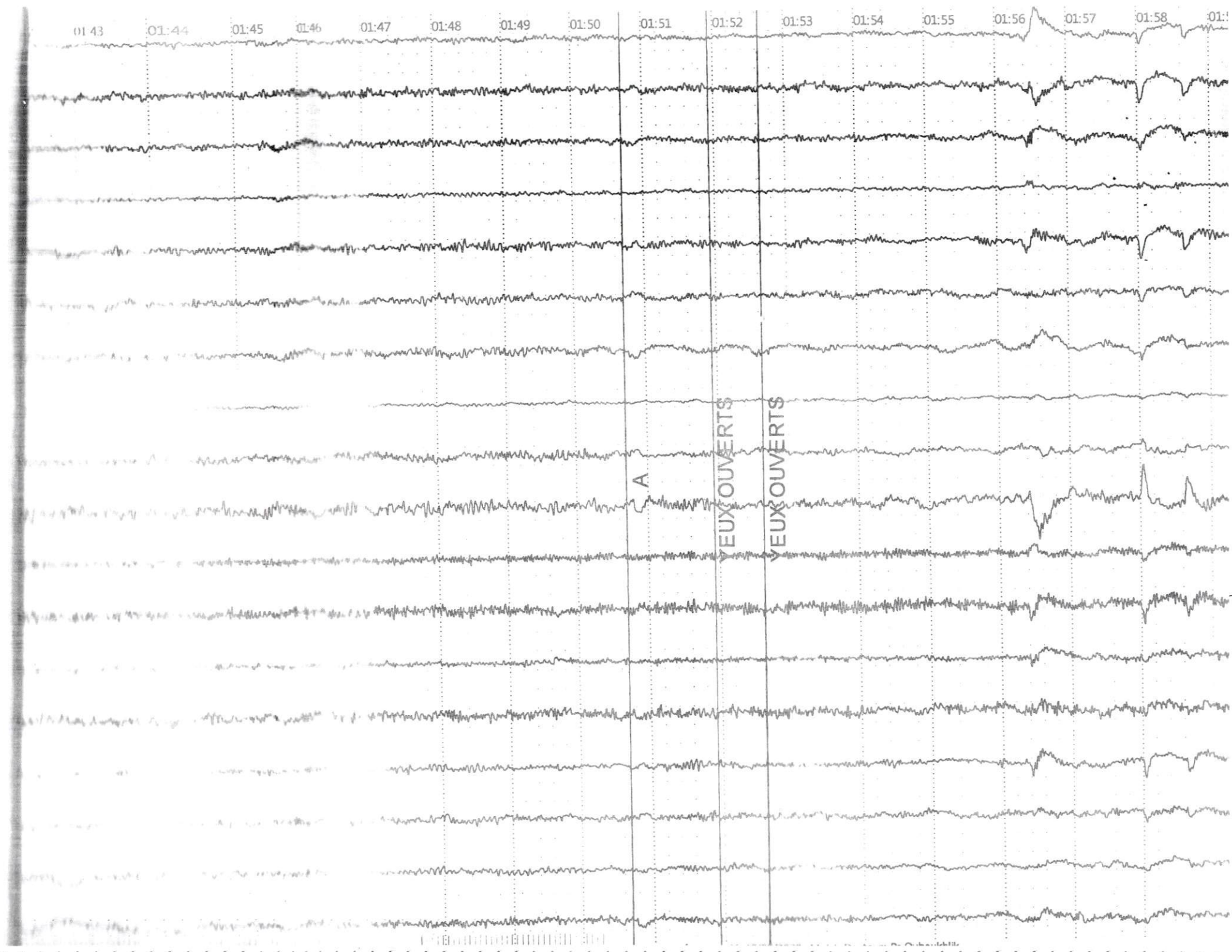
01:14 01:15 01:16 01:17

Stimulateur flash incorporé, G+D, 50 ms, 10 Hz

A

Stimulateur flash incorporé G+D, 50 ms, 13 Hz

ADULTES - NEUR



A

EUX OUVERTS

EUX OUVERTS



Hyperventilation

07:04 02:05 02:06 02:07 02:08 02:09 02:10 02:11 02:12 02:13 02:14 02:15 02:16 02:17 02:18 02:19 02:20

CABINET Pr OUBOUKHLIK Ali
RAPPORT EEG

Compagnie "Neurosoft"

Patient:

Nom: IBN ZIDOUN ALI

Né(e) le: 01/01/1944

Sexe: Masculin

Age: 76 ans

N° SS :

Diagnostic:

Adresse:

Téléphone:

Paramètres d'acquisition:

Appareil: Neuron-Spectrum-3

Fréquence d'échantillonnage: 500 Hz

Montage: LONGITUDINAL

Filtre passe haut: 35,0 Hz

Filtre passe bas: 0,5 Hz

Réjecteur: M

Durée examen: 00:02:30

Date examen: vendredi 18 septembre 2020

Hyperventilation:

Fréquence rythme alpha est de 8-14 Hz. Amplitude maximum rythme alpha hémisphère gauche est de 97 μ V (moyenne 2 μ V). Amplitude maximum rythme alpha sur l'hémisphère droit est 10 μ V (moyenne 2 μ V). Fréquence dominante rythme alpha est de 8,9 Hz. Index de rythme alpha est de 4%. Rythme alpha dominant en FP1-F7, T5-O1. Rythme alpha modulé.

Fréquence rythme beta BF est de 14-20 Hz. Amplitude maximum rythme beta BF hémisphère gauche est de 62 μ V (moyenne 2 μ V). Fréquence maximum rythme beta BF sur l'hémisphère droit est de 10 Hz (moyenne 2 μ V). Fréquence dominante rythme beta BF est de 16,0 Hz. Index de rythme beta BF est de 4%. Rythme beta BF dominant en T5-O1.

Fréquence rythme beta HF est de 20-35 Hz. Amplitude maximum rythme beta HF hémisphère gauche est de 68 μ V (moyenne 3 μ V). Amplitude maximum rythme beta HF sur l'hémisphère droit est de 15 μ V (moyenne 2 μ V). Fréquence dominante rythme beta HF est de 23,4 Hz. Index de rythme beta HF est de 5%. Rythme beta HF dominant dans T5-O1.

Fréquence rythme delta est de 1-4 Hz. Amplitude maximum rythmes delta est de 224 μ V (moyenne 4 μ V). Fréquence dominante rythme delta est de 0,7 Hz. Rythme delta dominant en FP1-F7, T5-O1, P3-O1.

Fréquence rythme theta est de 4-8 Hz. Amplitude maximum rythme theta est 128 μ V (moyenne 3 μ V). Fréquence dominante rythme theta est de 4,4 Hz. Index de rythme theta est 11%. Rythme theta dominant en CZ-PZ, FP1-F7, FP1-F3.

Docteur: **Pr Ouboukhlik**

EEG: Achute de
fond 20
anomalie



CABINET DE NEUROCHIRURGIE ADULTES ET ENFANTS

Professeur Ali OUBOUKHLIK N° 0001676

NOM & PRENOM

IBN ZIDOUN ALI

NATURE DES SOINS

C₅ + EEG

DATE DES SOINS

18 09 2020

MONTANT

3000H + 9000H = 12000H

CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN :

5 RUE LA LANDE, 2^{ème} ETAGE N°6, ANGLE RUE AMYOT, QUARTIER DES HOPITAUX CASABLANCA

TEL : 05 22 86 21 30 – FAX : 05 22 86 21 31 - EN CAS D'URGENCE : 06 61 14 21 50

FP2-F4

T6-O2

T4-T6

مختبر 2 مارس للتحاليل الطبية

LABORATOIRE 2 Mars D'ANALYSES MÉDICALES

R. BENCHEKROUN MHAMMED LOUTFI

Ancien Docteur Biologiste
au CHU Ibn Rochd - Casablanca

Hématologie - Bactériologie - Virologie

Biochimie - Parasitologie - Mycologie

Hormonologie - Biologie de la Reproduction



د. بنشقرن محمد لطفي

دكتور إحيائي سابق
بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء
الكيمياء الحيوية - أمراض الدم - علم الميكروبات
علم الفيروسات - علم الطفيليات - علم الفطريات
علم المناعة - الإنجاب البيولوجي

Prélèvement du : 19/09/2020 à 8:58

Edition du : 19/09/2020

Demandé par Dr : OUBOUKHLIK Ali

Mr IBNZIDOUN Ali

Dossier N° : 190920-006

Page : 2/3

HORMONOLOGIE

TSH-us : Thyroéostimuline-Hormone
(tech. Chimiluminescence (CL1000i))

0,17 μ UI/ml

Valeurs Usuelles

Antériorité
0,27 (13/09/19)

Interprétation:

Adultes : 0.35 - 5.1
0 - 3 jours : 5.17 - 14.6
4 - 20 jours : 0.43 - 16.1
2 - 12 mois : 0.62 - 8.05
2 - 6 Ans : 0.54 - 4.53
7 - 11 Ans : 0.66 - 4.14

VITAMINES

25-OH Vitamine D (D2 + D3)
(Tech. chimiluminescence (CLIA))

8,49 ng/mL

Valeurs Usuelles

Antériorité
12,23 (13/09/19)

Valeurs de référence de la 25- OH Vitamine D

Carence vitaminique : < 20 ng/ml
Insuffisance vitaminique : 20 - 29 ng/ml
Taux recommandés : 30 - 70 ng/ml
Toxicité potentielle : > 100 ng/ml

Horaires d'ouverture : Toute la semaine 7j/7 de 7h30 à 19h30

102, Av 2 Mars Quartier des Hôpitaux (en face de KFC) Casablanca

Tel: +212 522 865 054 - Fax : +212 522 864 844 - Urgences +212 771 090 961. - Email : laboanalyses2mars@gmail.com

مختبر 2 مارس للتحليلات الطبية

LABORATOIRE 2 Mars D'ANALYSES MÉDICALES

R. BENCHEKROUN MHAMMED LOUTFI

Ancien Docteur Biologiste
au CHU Ibn Rochd - Casablanca

Hématologie - Bactériologie - Virologie

Biochimie - Parasitologie - Mycologie

Hormonologie - Biologie de la Reproduction



د. بنشكرون محمد لطفي

دكتور إحيائي سابق
بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء،
التخصصات: أمراض الدم - علم الميكروبات
علم الفيروسات - علم الطفيليات - علم الفطريات
علم المناعة - الإنجاب البيولوجي

Prélèvement du: 19/09/2020 à 8:58

Mr IBNZIDOUN Ali

Edition du : 19/09/2020

Dossier N° : 190920-006

Demandé par Dr : OUBOUKHLIK Ali

Page : 3/3

IMMUNOLOGIE-SEROLOGIE

Sérologie de l'hépatite B : Antigène HBS

(Tech.Chimiluminescence CL1000i)

Résultat : Négatif
Index : <0.05

Interprétation

< 0.08 : Négatif
> 0.08 : Positif

Sérologie de l'hépatite C : Anticorps anti HCV

Résultat : Négatif
Index : 0,12

Interprétation

< 1 : Négatif
> 1 : Positif

SEROLOGIE DE LA SYPHILIS

T.P.H.A : Négative

VDRL : Négative

Négative (13/09/19)

Horaires d'ouverture : Toute la semaine 7j/7 de 7h30 à 19h30

102, Av 2 Mars Quartier des Hôpitaux (en face de KFC) Casablanca

Tél: +212 522 865 054 - Fax : +212 522 864 844 - Urgences +212 771 090.961 - Email : laboanalyses2mars@gmail.com

مختبر 2 مارس للتحليلات الطبية

LABORATOIRE 2 Mars D'ANALYSES MÉDICALES

Dr. BENCHEKROUN MHAMMED LOUTFI

Ancien Docteur Biologiste
au CHU Ibn Rochd - Casablanca

Hématologie - Bactériologie - Virologie

Biochimie - Parasitologie - Mycologie

Hormonologie - Biologie de la Reproduction



د. بنشقرن محمد لطفي

دكتور إحصائي سابق
بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء
الكيمياء الحيوية - أمراض الدم - علم الميكروبات
علم الفيروسات - علم الطفيليات - علم الفطريات
علم المناعة - الإنجاب البيولوجي

Prélèvement du: 19/09/2020 à 8:58

Mr IBNZIDOUN Ali

Edition du: 19/09/2020

Dossier N°: 190920-006

Demandé par Dr: OUBOUKHLIK Ali

Page: 1/3

HEMATOLOGIE

		Valeurs Usuelles	Antériorité
NUMERATION FORMULE SANGUINE AVEC PLAQUETTES			
<i>Tech. Mindray BC-5380</i>			
HEMATIES	:	4,11 M/mm ³ (4.2 - 5.7)	4.08 (13/09/19)
Hémoglobine	:	13,9 g/dL (13 - 18)	13.7 (13/09/19)
Hématocrite	:	40,9 % (40 - 52)	39.4 (13/09/19)
VGM	:	100 fL (80 - 95)	97 (13/09/19)
TCMH	:	34 pg (27 - 33)	34 (13/09/19)
CCMH	:	34 g/dL (30 - 36)	35 (13/09/19)
LEUCOCYTES	:	4090 /mm ³ (4000 - 10000)	3130 (13/09/19)
FORMULE LEUCOCYTAIRE			
Polynucléaires Neutrophiles	:	50 % Soit 2045/mm ³ (2000 - 7500)	2003 (13/09/19)
Lymphocytes	:	38 % Soit 1554/mm ³ (1500 - 4000)	751 (13/09/19)
Monocytes	:	9 % Soit 368/mm ³ (40 - 1200)	282 (13/09/19)
Polynucléaires Eosinophiles	:	3 % Soit 123/mm ³ (Inférieur à 400)	94 (13/09/19)
Polynucléaires Basophiles	:	0 % Soit 0/mm ³ (Inférieur à 150)	0.00 (13/09/19)
PLAQUETTES	:	168000 /mm ³ (150000 - 450000)	151000 (13/09/19)

BIOCHIMIE

		Valeurs Usuelles	Antériorité
GLYCEMIE A JEUN	:	1,07 g/l (0,7 - 1,1)	1,08 (13/09/19)
(Méthode enzymatique à l'hexokinase)			1,44 (11/09/19)

Horaires d'ouverture : Toute la semaine 7j/7 de 7h30 à 19h30

102, Ay 2 Mars Quartier des Hôpitaux (en face de KFC) Casablanca

Tél: +212 522 865 054 - Fax: +212 522 864 844 - Urgences +212 771 090 961 - Email: laboanalyses2mars@gmail.com

LABORATOIRE 2 MARS D'ANALYSES MEDICALES

Dr. BENCHEKROUN MHAMMED LOUTFI

Spécialiste en biologie médicale

102, Av 2 Mars quartier des Hôpitaux (en face de KFC)

Tél : 0522 865 054 - Fax: 0522 864 844 - E-mail: laboanalyses2mars@gmail.com

TP : 36339707 - ICE : 002 117477000018 - INPE : 093062271 - IF : 26070433 - CNSS : 1088383

Facture

CASABLANCA , le 23/09/2020

N° facture : 20-4421

Edité le : 23/09/2020

Patient : Mr IBNZIDOUN Ali

Date prélèvement : 19/09/2020

Analyses	Nombre B	Montant
NFS+PLQ	80	88,00
Glycemie à jeun	30	33,00
Thyréostimuline (TSH-us)	250	275,00
25-OH Vitamine D (D2 + D3)	450	495,00
HEPATITE B	120	132,00
HEPATITE C	300	330,00
SEROLOGIE DE LA SYPHILIS	70	77,00
Total B	1300	1 430,00
APB	1,0	15,00
Total		1 445,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Mille quatre cent quarante-cinq dirhams***



CABINET DE NEUROCHIRURGIE ADULTES ET ENFANTS

Professeur Ali OUBOUKHLIK
NEUROCHIRURGIEN

البروفيسور علي أوبو خليك
جراحة الدماغ والعمود الفقري

Casablanca, le : 18-9-2011

N° Ibn Zikrân 44

ATC: Neuro
Syndr de mentel

NFS

TSHus

semblable Syphilis

Hepatitis B/C

Desage vit D

Glycémie - jeûne