

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **iology 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.

## **ique :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **ducation :**

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.

## **ntaire :**

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## **ladie 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

 Maladie Dentaire Optique Autres

## **Cadre réservé à l'adhérent [e]**

Matricule : 5183 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : SHAM Fatima

Date de naissance : 01.07.58

Adresse : R. SANA, Bd. Bouygues N° 130 Casab

Tél. : 0605 9043 20 Total des frais engagés : 11280,00 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 : CASAB Le : 15/12/20

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

## Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures...).

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

Les ordonnances transmises doivent être accompagnées des codes à barres des médicaments achetés.

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

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

Certaines prestations ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à un accord préalable. La liste de ces dernières est disponible auprès de tout le réseau CNSS.

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

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.

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

## تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طيبة، فواتير ...).

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

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراء.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طيبة، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية

تعويض بعض الخدمات يظل رهنًا بطلب الموافقة المسبقة. لاتخاذ هذه الخدمات متوفرا لدى جميع وكالات الصندوق الوطني لضمان الإجتماعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعریض.

كل من ثبت عليه غش أو تصریح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيُعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهن باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

توقيع و طابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence :	
Identification de l'agent : ..... Date de dépôt du dossier : ..... نوع الإيداع : .....	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO

الخاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Signature de l'assuré (e)	
Date d'arrivée : ..... نوع الإيداع : ..... Signature de l'assuré (e)	

	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
موافق مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *	Ref. : 610-1-03 谬率 : ANAM 12.01

N° Dossier : Nom et prénom : ..... N° Immatriculation : ..... N° CIN : ..... Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input checked="" type="checkbox"/> Adresse : ..... Montant des frais : ..... درهم ..... Nombre de pièces jointes : ..... Déclaration du Médecin traitant Bénéficiaire de soins Nom et prénom : ..... Date de naissance : ..... N° CIN : ..... Sexe * : M <input checked="" type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> F أنثى <input type="checkbox"/> INPE et code à barres ** Médecin traitant Dr. EL OURZADI Abdellatif Anesthésiste-Réanimateur Etablissement de soins ..... Type de soins Admission ALD * : Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> N° dossier ALD : ..... Code ALD : ..... Maladie* <input type="checkbox"/> مرض * <input checked="" type="checkbox"/> Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استثناء * J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه. Fait à : ..... Le : ..... ج: ..... في : ..... Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : ..... Le : ..... ج: ..... في : ..... توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins Dr. EL OURZADI Abdellatif Anesthésiste-Réanimateur
--

\* دوقة انتداب ملحوظة لـ chaque case  
\*\* Accoller l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de Santé) .....  
مار咕ون - ساندال - الدار البيضاء ص.ب. 2186 - الدار البيضاء المغربية .....  
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casab Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

العمليات الإحياء، الأشعة و الصور  
توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي  
Signature et Cachet du Radiologue  
ou Biologiste

### Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المغورت Montant facturé	توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
Du 29/07/20 Au 04/08/20	Voir Facture N° 529/2020	11.280dh	Derb Ghalif Matfi - Casablanca INPE : 06002787 Dr. EL OURADI Abdellatif Service d'Anesthésie et Réanimation Anesthésiste Réanimateur	HANDANI
INPE et code à Barres 019190162118211				

رد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

### Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المغورت Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي او مuron التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1		
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1		

### Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

Description des actes effectués			وصف العمليات المجرأة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المغورت Montant facturé	توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
Du 29/07/20 Au 04/08/20	Voir Facture N° 529/2020	11.280dh	Derb Ghalif Matfi - Casablanca INPE : 06002787 Dr. EL OURADI Abdellatif Service d'Anesthésie et Réanimation Anesthésiste Réanimateur	HANDANI
INPE et code à Barres 019190162118211				

CIM-10

Actes Paramédicaux					
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المغورت Montant facturé	عمليات المساعدين الطبيين Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1					

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المغورت Montant facturé	عمليات المساعدين الطبيين Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1					

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

**RELEVE DES PRESTATIONS  
AMO**



مرجع رقم : REF : 610-2-06 :

Référence structurée : 200998758343569

Emis à Casablanca le : 29/09/2020

Page : 1

**Identifiant de la famille** تعرف العائلة

N° d'immatriculation : 159689128  
Règlement du mois : 09/2020  
Mode de paiement : Virement

KSAR MOHAMED  
130 BD DE BOURGOGNE RES SANA ETG 02 APPT 06  
BOURGOGNE  
CASABLANCA 2005

**Informations :**

**معلومات :**

مرجع الإشعار بالأسفلد	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	مبلغ التعويض
Référence accusé de réception	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement%	Montant remboursé
<b>KSAR MOHAMED</b>										
060142453	21/07/2020	PJ	CLINIQUE HAMDANI	9 500,00	1 000,00	1,00	3,00	3 000,00	70	2 100,00
060142453	21/07/2020	K	CLINIQUE HAMDANI	200,00	100,00	1,00	1,00	100,00	70	70,00
060142453	21/07/2020	B	CLINIQUE HAMDANI	630,00	1,10	460,00	1,00	506,00	70	354,20
060142453	21/07/2020	PH	CLINIQUE HAMDANI	950,00	253,30	1,00	1,00	253,30	70	177,31
<b>Total remboursé pour MOHAMED</b>										<b>2 701,51</b>
<b>Total général remboursé</b>										<b>2 701,51</b>

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Commentaire DU 21 AU 24/7/20

**LINIQUE HAMDANI**  
**CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE**  
Angle Rue Batinia et Rue 93 Quartier de la Famille  
Derb Ghellaf, Maarif, Casa Anfa

CASABLANCA

**BILLET DE SORTIE**

Nom du patient : **KSAR MOHAMED**

Chambre : **BOX 1**

Médecin traitant **EL OURZADI ABDELLATIF**

Prise en charge **PAYANT**

Date entrée **21/07/2020**

Date sortie **24/07/2020 12:08**

Le caissier

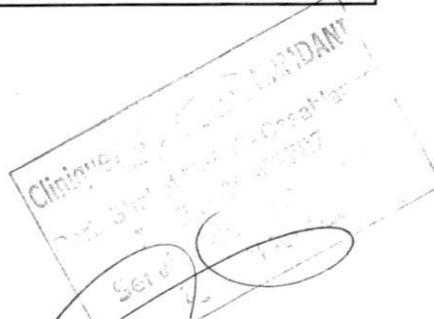
L'infirmier

Le major

Billet de sortie établi par : ZINEB

28/07/2020 14:01

20G211622



# CLINIQUE HAMDANI

CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE  
Angle Rue Batinia et Rue 93 Quartier de la Famille  
Derb Ghellaf, Maarif, Casa Anfa

## F A C T U R E

N° : 529 / 2020 du 24/07/2020

Nom patient	<b>KSAR MOHAMED</b>	Entrée	21/07/2020
	<b>PAYANT</b>	Sortie	24/07/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PERFUSION	3.00		200.00	600.00
ECG	1.00		200.00	200.00
SOINS INTENSIFS	3.00		1 500.00	4 500.00
A.M.I	3.00		300.00	900.00
			<i>Sous-Total</i>	6 200.00
PHARMACIE	1.00		950.00	950.00
			<i>Sous-Total</i>	950.00
<b>Total Clinique</b>				<b>7 150.00</b>

DR. AITLHAJ (psychiatre)	1.00	H	500.00	500.00
DR. EL OURZADI ABDELL (anesthesie reani)	3.00	H	1 000.00	3 000.00
			<i>Sous-Total</i>	3 500.00
LABORATOIRE AIN CHOCK	1.00		630.00	630.00
			<i>Sous-Total</i>	630.00
<b>Total Autres prestations</b>				<b>4 130.00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :	<b>Total</b>	<b>11 280.00</b>
ONZE MILLE DEUX CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS		



CLIQUE HAMDANI  
CLIQUE MULTIDISCIPLINAIRE  
Rue Batinia et Rue 93 Quartier de la Famille  
SABLANCA

## Reçu de caisse

N° : 20072418013110301 / 2 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
20G211622	KSAR MOHAMED	24/07/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		11 280.00
PAYANT	Total payé	11 280.00
ONZE MILLE DEUX CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS		

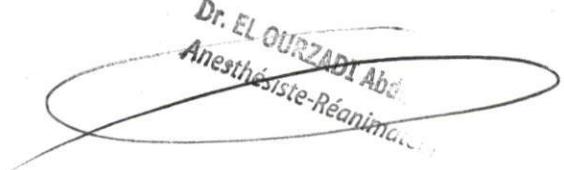
Reçu établi par : SARAH



Le 24/07/2020

## Compte rendu d'hospitalisation

Mr KSAR Mohamed, âgé de 68 ans, suivi pour un trouble bipolaire, a été hospitalisé à la clinique le 21/07/2020 pour un accès maniaque. Il a été hospitalisé en unité des soins intensifs, où il a bénéficié d'une injection de diazépam et de chlorpromazine avec un relais par du midazolam en continue à la seringue auto-pousseuse. Le patient a été vu par le psychiatre qui l'a mis sous quetiapine, lithium et lorazépam avec une bonne évolution. Il a été déclaré sortant le 24/07/2020 après un séjour de 03 jours en unité des soins intensifs.



Dr. EL OURZADI Abd  
Anesthésiste-Réanimateur

**ANNEXE PHARMACIE**

Nom patient : KSAR MOHAMED

N° Facture 529

20G211622

Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant
DIAPHARM 10 MG / 2 ML INJ (05)	1	5.26	5.26
HIBOR 3500 UI INJ (02)	1	30.80	30.80
LARGACTIL 25 MG / 5 ML INJ (05)	1	2.60	2.60
OMEPRAZOLE NORMON 40 MG INJ (01)	1	29.90	29.90
SERUM GLUCOSE 500 ML INJ (01)	8	21.00	168.00
SERUM SALE 0100 ML INJ (01)	1	20.00	20.00
SERUM SALE 0500 ML INJ (01)	6	20.03	120.18
<b>Sous-Total médicaments</b>			<b>376.74</b>
ALCOOL 1L (01)	1	5.85	5.85
BANDE DE GAZE CH 05 (01)	2	3.00	6.00
BANDE DE GAZE CH 10 (01)	1	10.00	10.00
BANDE DE GAZE CH 15 (01)	1	7.00	7.00
BANDELLES GLYCEMIQUES (50)	25	6.00	150.00
COTON HYDROPHILE (01)	1	1.05	1.05
COUCHES ADULTES (01)	2	11.67	23.34
ELECTRODES (01)	5	5.00	25.00
GANTS JETABLES MEDIUM (100)	20	2.70	54.00
INTRANULE ROSE CH 20 G (01)	4	20.00	80.00
LANCETTES 28G (100)	4	10.00	40.00
LUNETTE O2 ADULTE (01)	1	10.00	10.00
MIDAZOLAM AGUETTANT 5 MG / ML INJ (10)	5	4.41	22.05
PERFUSEUR STANDART (01)	1	20.00	20.00
PROLONGATEUR ROBINET 2.5 MM / 100CM (01)	1	50.00	50.00
PROLONGATEUR STANDART 1 MM / 150 CM (01)	1	30.00	30.00
SERINGUE 05 CC (01)	2	3.50	7.00
SERINGUE 10 CC (01)	5	3.50	17.50
SERINGUE 50 CC À VIS (01)	1	10.00	10.00
SPARADRAP (01)	1	5.00	5.00
<b>Sous-Total consommable médical</b>			<b>573.79</b>
<b>Total pharmacie</b>			<b>950.53</b>

QUE HAMDANI  
DRB GHALLAF  
que Multidisciplinaire



مصحة حمداني  
درب غلاف  
مصحة متعددة الاختصاصات

Casablanca, le 22/07/2020

ORDONNANCE

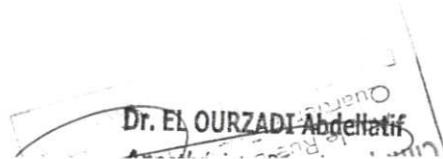
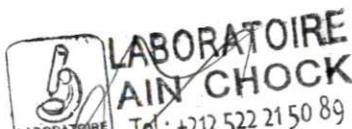
Dr KSAR MOHAMED

ALAT, ASAT

Ca<sup>+</sup>, Urée / Crea

K<sup>+</sup>, Na<sup>+</sup>

Néoglucagon



مخابر  
médicales

Urologie, Virologie  
Spermioologie

KSAR Mohamed

52

-2020

des Antécédents

-5.65)

-17.2)

-49.0)

-101.0)

-34.0)

-36.0)

-18.5)

ICE : 00 17 1 39 24 00 0036



097165385

INPE : 097165385

IF : 15235587

## Facture – Relevé N° : 200700171

### Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PSA	Prélèvement sang adulte	E17	E
	ALAT (transaminase TGP)	B50	B
	ASAT (transaminase TGO)	B50	B
	Calcium	B30	B
	Créatinine	B30	B
	Glycémie à jeun	B30	B
	Potassium	B30	B
	Sodium	B30	B
	Urée	B100	B
	Hémoglobine glycosylée	B80	B
0119	Numération formule		
0216			

TOTAL DES B : 460

TOTAL A PAYER : 630.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

six cent trente dirhams

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

GARDE 24h/24h : Tél : 06 90 98 76 87

173, Angle Bd Al Qods et Bd 2 Mars, Résidence - Al Majd, Imm I, 1<sup>er</sup> étage N° 5, Casablanca  
 Tél / Fax : 05 22 21 50 89 E-mail : labo\_ain\_chock@outlook.com  
 ICE : 001713924000036 - INPE : 097165385 - IF : 15235587

173, Bd Al Qods Résidence - Al Majd, Casablanca - Tel : 05 22 21 50 89  
 Laboratoire AIN CHOCH  
 Laboratoires médicaux



LABORATOIRE  
AIN CHOCK

# مخابر التحاليل الطبية Laboratoire d'analyses médicales

Hématologie, Bactériologie, Parasitologie, Mycologie, Virologie  
Immunologie, Hormonologie, Oncologie, Spermologie

Dr BENNIS Noor

- Diplômée de la faculté de médecine et pharmacie de Rabat ainsi de la faculté CEU de Madrid
- Ancienne résidente de l'Hôpital militaire MV de Rabat

Nom Prénom : Mr KSAR Mohamed

Né(e) le : 01-01-1952

Prescripteur :

Edition du : 22-07-2020

Numéro de demande : 2007212031

Prélèvement à : 21-07-2020

Cher confrère, voici les analyses demandées ci-joint

## HEMATOLOGIE

### HEMOGRAMME:

Résultats	Valeurs attendues	Antécédents
-----------	-------------------	-------------

#### GLOBULES ROUGES

Hématies :	4.49	T/L	(4.00-5.65)
Hémoglobine :	12.2	g/dL	(12.5-17.2)
Hématocrite :	38.2	%	(37.0-49.0)
VGM :	85.1	fL	(80.0-101.0)
TCMH :	27.2	pg	(27.0-34.0)
CCMH :	31.9	g/dL	(30.0-36.0)
RDW :	12.0	%	(10.0-18.5)

# مختبر médicales

cologie, Virologie  
Spermiologie

KSAR Mohamed

152

-2020

dues Antécédents

0-5.65)

5-17.2)

0-49.0)

0-101.0)

0-34.0)

0-36.0)

(-18.5)

مصحة حمداني  
درب غلف  
مصحة متعددة الاختصاصات

Casablanca, le 22/07/2020

IANCE

HABED

t

ICrea

Dr. EL OURZADI Abdellatif  
Ouakili

Id :	: 000000000002	FC :	87bpm	Infos Di
Nom :		Duration P ..	142ms	800:Rvtr
Sexe :	: Homme	Intervalle P:	167ms	307:E1ar
Age :		Complex QRS :	109ms	che (LA)
Longueur :	cm	QT / QTc int. :	362/438ms	
Poids :	kg	Axe P/QRS/T :	63/12/46°	
Race :	: Inconnue	Amp. RV5/SV1 :	0.92/0.39mV	
Medecine:		Amp. RV6/SV2:	1.31mV	
Avec pac:Dui		Amp. RV6/SV2:	0.75/0.65mV	
2020-07-21 18:28				
Hopital:				

Rapport valide par :

(135.0-145.0)

BIOCHIMIE SANGUINE

Mr KSAR Mohamed

Mr KSAR Mohamed

HbA1c

(HPLC biorad D10)

11.9 %

(4.0-6.0)

Diabète de type 1 : Diabète équilibré avec une HbA1c entre 7 % et 7,5 %  
Diabète de type 2 : Diabète équilibré avec une HbA1c Inférieur à 7%

Interférences:

Les situations qui sous-estiment le dosage de l'HbA1c:  
Anémie, vitamines C et E, maladie hépatique chronique, hémodialyse, hémolyse, transfusion sanguine,  
anomalies de l'hémoglobine glyquée, splénomégalie, grossesse

Il est recommandé devant toute interférence de procéder au dosage de la fructosamine.

Transaminases GOT (ASAT)  
(Dosage enzymatique)

19 UI/L

(<45)

Augmentations isolées de l'ASAT:  
- régimes riches en sucres/exercice physique/ stase veineuse/hémolyse/courtes périodes d'excès alimentaires...  
- ASAT et l'albumine peuvent former un complexe sérique ce qui augmente l'activité sérique de l'ASAT: il s'agit alors d'une macro-ASAT mise en évidence par l'électrophorèse. ASAT>10N

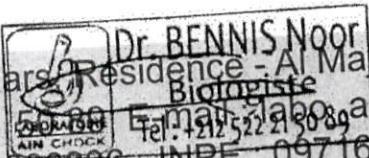
12 UI/L

(<45)

Transaminases GPT (ALAT)  
(Dosage enzymatique)

GARDE 24h/24h : Tél : 06 90 98 76 87

173, Angle Bd Al Qods et Bd 2 Mars  
Tél / Fax : 05 22 21 52 52  
ICE : 001713924000036 - INPE : 097165385 - IF : 15235587



Tel: 097165385 - mail: labo\_a\_n\_noor@outlook.com

NIQUE HAMDANI  
DERB GHALLAF  
unique Multidisciplinaire



مصحة حمداني  
درب غلف  
مصحة متعددة الاختصاصات

Casablanca, le 21/07/2020

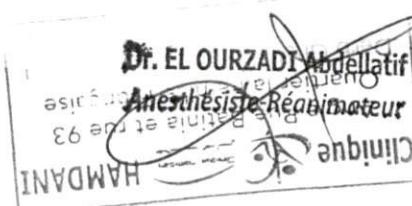
ORDONNANCE

gr K SAR

Mohamed

France

E CG surp!



مخابر  
médicales

cologie, Virologie  
Spermiologie

SAR Mohamed  
?

120

Antécédents

**CLINIQUE HAMDANI****NOTE D'HONORAIRES**

: 21/07/2020

Références

529 / 200810100857074001

PAYANT

Entrée / Sortie : 21/07/2020 - 24/07/2020

**Le Dr. AITLHAJ**

présente à Mr KSAR MOHAMED

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
500.00 Dhs (CINQ CENTS DIRHAMS)

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

*Espèces*

Dr. Mustapha AITELHAJ  
Psychiatre Psychothérapeute  
Lundi 21 Juillet 2020  
Tél: 06 53 92 66 96

*Cachet et signature***CLINIQUE HAMDANI****NOTE D'HONORAIRES**

Le : 21/07/2020

Références

529 / 200725101032074018

PAYANT

Entrée / Sortie : 21/07/2020 - 24/07/2020

**Le Dr. EL OURZADI ABDELLATIF**

présente à Mr KSAR MOHAMED

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de

Dr. EL OURZADI Abdellatif  
Anesthésiste  
Lundi 21 Juillet 2020