

## 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

- 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

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0998 Société : RAM.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : EDDAHOUDI. Ahmed  
Date de naissance : 01-01-1955  
Adresse : Hay AL Azhar Im 3 Ap 19 T2 8/2  
Rd. Benmoussi - Casablanca  
Tél. : 06 57 42 48 24 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 04 / 04 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :



### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue      Date      Désignation des Coefficients      Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien      Date des Soins      Nombre      Montant détaillé des Honoraires

A M      P C      I M      I V

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

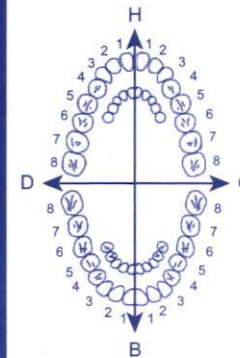
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

#### SOINS DENTAIRES

Dents Traitées      Nature des Soins      Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

#### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 G  
35533411 11433553  
B

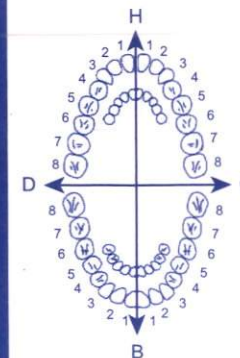
(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

[Ma Situation](#)[Remboursements](#)[Prises en charge](#)[Immatriculation](#)[Menu](#)

En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, La CNOPS est l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 83 de ladite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie)

**FETOUAKI ZOULIKHA****Droit Ouvert**

22/02/1956 - R47068

HAY ALAZHAR IM 3 APPT 19 TRANCH 8/2 SIDI BERNOUSSI CASABLANCA SIDI BERNOUSSI ( 20600 )

CAISSE MAROCAINE DE RETRAITE

100 780 211 110 204 103 000 686

Mes ayants droits

[Ma Situation](#)[Remboursements](#)[Prises en charge](#)[Immatriculation](#)[Menu](#)

En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, La CNOPS est l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 83 de ladite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie)

Information

**PAYE**

Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
1	-	20/03/2023	Virement	-	1 602,90	859,39	196,21	1 055,60

**Dr. CHABBAK Siham**  
**Omnipraticien**

- Diplômé en Echographie Général et Echographie Thyroïdienne de l'Université Paris Descartes
- Diplômé en Echographie Gynécologie et Obstétrique de l'Université Paris Descartes
- Diplômé en Echographie de la Faculté de Médecine Rabat
  - ECG



تاريخ إجراء الفحص الطبي  
غير قابل للتغيير

**الدكتورة شباك سهام**  
**طبيبة شمولية**

- حاصلة على دبلوم جامعي في الفحص بالصدى العام و الغدة الدرقية من جامعة باريس ديكارت
- حاصلة على دبلوم جامعي في الفحص بالصدى في طب النساء و الجنين من جامعة باريس ديكارت
- حاصلة على دبلوم جامعي في داء السكري من كلية الطب بالرباط
- التخطيط الكهربائي للقلب

Casablanca le .....  
**09 Janv 2023**

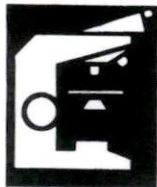
**MM FETOUIC BOULICHA**

**1) FCV**

**Dr. CHABBAK Siham**  
Médecine Générale  
Rés. Al Foul Morche - N°1  
1er Etage, Bernoussi - Casablanca  
Tél: 0522 757 372  
E-mail: siham.chabbak@gmail.com

**LAPORATOIRE**  
4 Boulevard Zerkoun - Casablanca  
20140  
Potente : 21206518  
Tél: 0522 11900 11  
Fax: 2294015 - RC: 05150211900 11





# LABORATOIRE SCHEHERAZAD

## CABINET MEDICAL D'EXAMENS HISTO - CYTOPATHOLOGIQUES.

4, Bd Zerktouni 5<sup>ème</sup> étage - 20140 Casablanca - Tél.: 05.22.22.69.88/89 - Fax: 05.22.20.51.17 - E-mail: labocasa2@gmail.com  
INPE: Lab: 091070078/ Med.: 093002921 - ICE: 001502419000087

Docteur Schéherazad HACHCHADI - AGHZADI  
C.E.S. d'ANATOMIE PATHOLOGIQUE  
Diplômée de la Faculté de Médecine de DIJON  
Ex. Enseignante à la Faculté de Médecine de BESANÇON  
Membre Actif de l'Académie Internationale de Pathologie

### LABORATOIRE CASA BIO

Mme FETOUAKI  
Pour ZOULIKHA  
23A182

Age : 67 ANS  
Référence : 2SAZ2F4  
Parvenu : Le 13/01/2023  
Répondu : Le 14/01/2023  
Organe : UTERUS-COL.  
Ménopausée ;  
4P ;  
Prélèvement intitulé exo et endocol.

### **- FROTTIS CERVICAL EN MILIEU LIQUIDE -**

\*\*\*\*\*

#### MATERIEL EXAMINE

Frottis cervical utérin parvenu effectué en phase liquide, à l'aide d'une Cervex-brush et analysé en mono-couche.

#### QUALITE DU FROTTIS.

Prélèvement est de qualité satisfaisante.

#### CLASSE DU FROTTIS SELON LE SYSTEME DE BETHESDA

Absence de cellules dysplasiques et de cellules malignes.

#### CYTOLOGIE DESCRIPTIVE

Richesse : modérément élevée

Type de cellules retrouvées :

- \* cellules malpighiennes exocervicales intermédiaires et parabasales
- \* cellules endocervicales d'aspect normal

#### FLORE MICROBIENNE

Flore mixte non spécifique.

#### CONCLUSION:

- Inflammation cervicale sans signe de spécificité;
- Sub-atrophie;
- Absence de cellules néoplasiques malignes.

Très confraternellement,  
DR HACHCHADI-AGHZADI Sc.



# LABORATOIRE SCHEHERAZAD

4, Bd Zerktouni - Casablanca 01

Tél. : 022.22.69.88/89 fax : 022.47.55.73

Casablanca le : 13/01/2023

Facture N° 365823

N° D'ANA-PATH 2SAZ2F4

NOM PRENOM FETOUAKI

ZOULIKHA

ADRESSE PAR :

ORGANE UTERUS-COL.

COTATION B 245

COTATION K:

TOTAL DH : 300

LABORATOIRE SCHEHERAZAD

4, Boulevard Zerktouni - Casablanca

Patente : 3-206518

Cachet et signature :



# Instructions à suivre

La feuille de soins doit être renseignée, signée et accompagnée des pièces originales nécessaires (ordonnance médicale, factures, codes à barres, etc.);

Les résultats des analyses biologiques ne sont pas exigés lors du dépôt des dossiers de demande de remboursement au niveau de votre Mutuelle. Les résultats des examens radiologiques ne sont pas également exigés sauf pour des cas précis (Visitez le site de la CNOPS pour plus de détail);

La feuille de soins doit porter l'INPE du médecin traitant et des professionnels de soins, ainsi que leur cachet, leur signature et la date des actes;

Le remboursement des dossiers de maladie s'effectue sur la base de la Tarification Nationale de Référence;

Le dossier de remboursement doit être adressé ou présenté à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il s'agit d'un traitement continu. Dans ce cas, le dossier doit être présenté dans les 60 jours qui suivent la fin du traitement;

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. (Article 135 de la Loi 65-00);

Pour plus d'informations, visitez le site [www.cnops.org.ma](http://www.cnops.org.ma) ou le site de votre mutuelle.

Pour l'Assurance Maladie Obligatoire des Etudiants (AMOE) les bénéficiaires doivent renseigner leurs noms, le n° de la CIN et adresser le dossier de remboursement à la CNOPS au 4, rue Al KHALIL, B.P 209- Rabat.

## تعليمات يجب اتباعها

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتوقيع عليها وإرفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسلية للأدوية، إلخ...).

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاضدية ولا بالإدلاء بنتائج الفحوصات الإشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (زوروا موقع الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل).

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وبقي مهنيي الصحة وتوقيعهم وختمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاضدية التي تنتمون إليها خلال الشهرين المواليين لتاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوما ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج.

يعاقب بغرامة وإرجاع المبالغ المقبوضة بغير حق دون الإخلال بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة (المادة 135 من القانون 65-00).

للمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصندوق [www.cnops.org.ma](http://www.cnops.org.ma) أو الموقع الإلكتروني للتعاضدية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE) يجب على المستفيدين تدوين اسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية وإرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زقاق الخليل ص.ب 209 الرباط.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent :



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire

رقم الهاتف (اختياري): 0662252419  
N° du Tél (optionnel):

Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي: PETOUAKI  
Nom et prénom: PETOUAKI  
رقم الانخراط: 814314

N° Affiliation: 932 1288047

N° Immatriculation: R47068

N° CIN: 1602, 90 DR

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e): Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☒ بين المستفيد والمؤمن (ة)

العنوان: Hay AL Agha Tim 3 H/ 19 178/2

أجمالي المصاريف (بالدرهم): 1602, 90 DR

عدد الوثائق المرفقة: (08)

تصريح الطبيب المعالج

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي: PETOUAKI  
Nom et prénom: PETOUAKI  
تاريخ الإزدياد: 1602, 90 DR

Date de naissance: 1602, 90 DR

N° CIN: 1602, 90 DR

Sexe\*: Masculin ☐ ذكر ☒ Féminin ☐ أنثى

Identification du médecin traitant

N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE)

Type de soins

Maladie\* ☒ مرض \*  
Maternité\* ☐ أمومة \*  
Hospitalisation\* ☐ إستشفاء \*  
Accident\* ☐ حادث \*

Pli confidentiel remis\*:

oui ☐ non ☒

Date de grossesse: 1602, 90 DR

Date prévue d'accouchement: 1602, 90 DR

Date d'hospitalisation: 1602, 90 DR

Date d'accident: 1602, 90 DR

Causes: 1602, 90 DR

Fait à: 1602, 90 DR

Le: 1602, 90 DR

توقيع المؤمن (ة)  
Signature de l'assuré(e)

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

Fait à: 1602, 90 DR

Le: 1602, 90 DR

أصريح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

توقيع وطابع الطبيب المعالج

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins

\* ضم علامة هـ. الخاتمة المناسبة



## Description des actes effectués

## وصف العمليات

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	مبلغ الفاتورة Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du médecin traitant
09/01/23	0			250,00	

CIM - 10

## جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

## Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
09/01/23	404,40	

INP: [ ]

## Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

## عمليات الأحياء، الأشعة والتصوير

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 طبيب الأشعة أو الإحصائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
13/1/23	P240			300,00	

INP: [ ]

INP: [ ]

## 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: [ ]

INP: [ ]



02

6) 11-170

Cacit Vit D

Dr. CHABBAK Siham  
Médecine Générale  
Rés. Al Fajr, Marché Imm 2-N°1  
1er Etage, Bernoussi - Casablanca  
Tél: 0522 757 342  
E-mail: siham.chabbak@gmail.com

404/40

Dr. CHABBAK Siham  
Médecine Générale  
Rés. Al Fajr, Marché Imm 2-N°1  
1er Etage, Bernoussi - Casablanca  
Tél: 0522 757 342  
E-mail: siham.chabbak@gmail.com

PHARMACIE ELALAOUI  
EL ALAOUI Bouchra  
Dentiste en Pharmacie  
Tél: 05 22 75 56 31  
Tr. 6/1 Hay Alazhar Bernoussi - Casablanca

6 118001 040070  
Fabricant:  
HERMES PHARMA GmbH  
ALLGAU 35 - 9400 WOLFSBERG  
AUTRICHE  
BOTTU SA PPV: 110 DH 10

3400933878733

**Dr. CHABBAK Siham**  
Omnipraticien

- Diplômé en Echographie Général et Echographie Thyroïdienne de l'Université Paris Descartes
- Diplômé en Echographie Gynécologie et Obstétrique de l'Université Paris Descartes
- Diplômé en Echographie de la Faculté de Médecine de Rabat
- ECG



تاريخ إجراء الفحص الطبي  
غير قابل للتغيير

**الدكتورة شباك سهام**

**طبيبة شمولية**

- حاصلة على دبلوم جامعي في الفحص بالصدى العام و الغدة الدرقية من جامعة باريس ديكارت
- حاصلة على دبلوم جامعي في الفحص بالصدى في طب النساء و الجنين من جامعة باريس ديكارت
- حاصلة على دبلوم جامعي في داء السكري من كلية الطب بالرباط
- التخطيط الكهربائي للقلب

Casablanca le ..... 09 Janv 2023.....

1/2

Mme PETOUAKI BOULIKAI

1) Acte 1 sachet

2) Dolostop 1 sachet

3) Solupred 2 sachets

4) Vit B3 Bonar 1 sachet

5) Gase 1 sachet

ACLAV 1g/125mg Poudre pour suspension buvable, 16 sachets

LOT : 3760  
PER : 10-24  
P.P.V : 132DH00

Dolostop 1000mg  
Boîte de 8 comprimés

LOT : 2434  
PER : 08/25  
P.P.V : 10 DH60

SOLUPRED 20 MG  
CP EFF B20  
PPV : 58,40 DHS



ZENI  
AMM N° 171



PPV: 20,90 DH

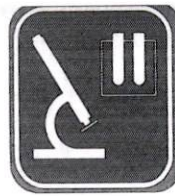
ESAC 20 mg  
azole

إقامة الفجر. سوق رقم 1. الطابق الأول (أمام صيدلية الأمانة) سيدي البرنوصي. الدار البيضاء

siham.chabbak@gmail.com

+212 (0) 522 75 73 42





Demandé par Dr. : CHABBAK SIHAM

Mme FETOUAKI Zoulikha

Code Patient : 16-08268

Réf : 170123-024



Casablanca

Examen du : 17/01/2023

Heure Pvt : 9:24:00

Edité le : 17/01/2023

## Compte rendu d'analyses

Page : 1/2

### HEMATOLOGIE

#### HEMOGRAMME : (HORIBA-ABX Pentra XL80)

		Valeurs Usuelles	Antériorité
Erythrocytes	: 5,08 M/mm <sup>3</sup>	( 4 - 5,3 )	5,01 (30/09/21)
Hémoglobine	: 15,4 g/dl	( 11,5 - 15,5 )	15,0 (30/09/21)
Hématocrite	: 44,9 %	( 37 - 46 )	44,4 (30/09/21)
VGM	: 88 fL	( 80 - 95 )	89 (30/09/21)
TGMH	: 30 pg	( 27 - 33 )	30 (30/09/21)
CCMH	: 34 g/dl	( 30 - 35 )	34 (30/09/21)
Leucocytes	: 10500 /mm <sup>3</sup>	( 4000 - 10000 )	8300 (30/09/21) V
<b>FORMULE LEUCOCYTAIRE</b>			
Polynucléaires Neutrophiles	: 40 % Soit 4200,00 /mm <sup>3</sup>	( 2000 - 7500 )	3876,00 (30/09/21)
Lymphocytes	: 50 % Soit 5250,00 /mm <sup>3</sup>	( 1500 - 4000 )	3586,00 (30/09/21)
Monocytes	: 6,8 % Soit 714,00 /mm <sup>3</sup>	( 40 - 800 )	506,00 (30/09/21)
Polynucléaires Eosinophiles	: 2,2 % Soit 231,00 /mm <sup>3</sup>	( Inférieur à 400 )	282,00 (30/09/21)
Polynucléaires Basophiles	: 1 % Soit 105,00 /mm <sup>3</sup>	( Inférieur à 150 )	50,00 (30/09/21)
Au total	: 100 % Soit		
Plaquettes	: 220 000 /mm <sup>3</sup>	( 150000 - 500000 )	190 000 (30/09/21)

Prélèvement à domicile sur rendez-vous  
«Votre Bien être est notre Responsabilité»



Mme FETOUAKI Zoulikha

Dossier N° : 170123-024

Page : 2/2

**BIOCHIMIE**

		Valeurs Usuelles	Antériorité
Créatinine	: 9,10 mg/l	( 6 - 12 )	
Acide urique	: 56 mg/l	( 26 - 60 )	55 (30/09/21)
Hémoglobine Glyquée HbA1c (BIORAD-HPLC)	7,10 %		6,90 (30/09/21) ✓
Chez un sujet non Diabétique la valeur usuelle est < 6,4. Interprétation chez le Diabétique: 4 - 6 : Métabolisme moyen et diabétique stabilisé 6 - 8 : Métabolisme équilibré > 8 : Métabolisme mal équilibré et diabétique insuffisamment contrôlé			
Triglycérides	: 1,62 g/l		1,18 (30/09/21) ✓
European Society of Cardiology proposent d'envisager un traitement spécifique au delà de 2g/l chez des patients à haut risque cardiovasculaire. GSLA : valeurs d'alerte >1,75 g/l			
Cholestérol total	: 1,92 g/l	( 1,55 - 2 )	1,93 (30/09/21)
<b>LDL-Cholestérol</b>			
Aspect du sérum	: Clair		
LDL-Cholestérol	: 1,26 g/l	( Inférieur à 1,6 )	

**ENZYMOLOGIE**

		Valeurs Usuelles	Antériorité
SGOT ( Aspartate Aminotransférase )	: 17 UI/l	( Inférieur à 45 )	16 (30/09/21)
SGPT ( Alanine Aminotransférase )	: 31 UI/l	( Inférieur à 45 )	24 (30/09/21)

**IMMUNOLOGIE**

PROTEINE C REACTIVE ( CRP )	: 5 mg/l	( Inférieur à 6 )
-----------------------------	----------	-------------------

Nous vous remercions de votre confiance

Prélèvement à domicile sur rendez-vous

«Votre Bien être est notre Responsabilité»

Dr LAHLOU Omar  
Médecin Biologiste  
Immeuble n°4 Mag 9, Bd Ahl loghlam 1<sup>ère</sup> Tranche  
Casablanca - Tél : 05 22 75 49 87



## Facture

N° facture 2023-0000069

Date 18/01/2023

Patient Mme FETOUAKI Zoulikha

N° Dossier : 170123-024

Date Prélèvement : 17/01/2023

Analyses	Valeur en B	Montant
NUMERATION GLOBULAIRE	80	101,60
Créatinine	30	38,10
Acide urique	30	38,10
Hémoglobine Glyquée HbA1c (BIORAD-HPLC)	80	101,60
Triglycérides	60	76,20
Cholestérol total	30	38,10
LDL-Cholestérol	40	50,80
SGOT ( Aspartate Aminotransférase )	50	63,50
SGPT ( Alanine Aminotransférase )	50	63,50
PROTEINE C REACTIVE ( CRP )	100	127,00
<b>Total B</b>	550	698,50
<b>APB</b>	0,0	0,00
<b>Majoration de garde</b>		
<b>Total</b>		698,50

Arrêtée la présente facture à la somme de : **six cent quatre-vingt-dix-huit Dirhams et 50 Centimes \*\*\***

Opération bénéficiant de l'exonération à la TVA sans bénéfice du droit de déduction conformément à l'article 91-VI-1° du code Général des Impôts.

LABORATOIRE AL AZHAR D'ANALYSES MEDICALES  
Tranche  
Imm: 4 Mag. 9, Bd Ahl Ighlam 1° Tranche  
Al Azhar - Casablanca - Tél: 05 22 75 49 87  
INPE: 093061083

**Dr. CHABBAK Siham**  
Omnipraticien

- Diplômé en Echographie Général et Echographie Thyroïdienne de l'Université Paris Descartes
- Diplômé en Echographie Gynécologie et Obstétrique de l'Université Paris Descartes
- Diplômé en Echographie de la Faculté de Médecine Rabat
- ECG



تاريخ إجراء الفحص الطبي  
غير قابل للتغيير

**الدكتورة شباك سهام**  
طبيبة شمولية

- حاصلة على دبلوم جامعي في الفحص بالصدى العام و الغدة الدرقية من جامعة باريس ديكارت
- حاصلة على دبلوم جامعي في الفحص بالصدى في طب النساء و الجنين من جامعة باريس ديكارت
- حاصلة على دبلوم جامعي في داء السكري من كلية الطب بالرباط
- التخطيط الكهربائي للقلب

Casablanca le ..... 09 Janv 2023 : .....

MANIFESTATION ZOULIKA :

1) NPSAM  
2) CRP  
3) ASAT, ALAT  
4) AC Hg  
5) Ch L LDL  
6) TG  
7) ac-alk  
8) Hb glycémie

LABORATOIRE AL AZHAR D'ANALYSES MEDICALES  
Secrétariat  
Imm. 4 Mag. 9, Bd Ahlougham 1<sup>er</sup> Etanche  
Al Azhar - Casablanca - Tél. : 05 22 75 40 87  
INPE : 0920661083

**Dr. CHABBAK Siham**  
Médecine Générale  
N°1  
Ain, Marché Imm 2, N°1  
Boussu - Casablanca  
342  
@mail.com





MME FETOUAKI ZOULIKHA

HAY ALAZHAR IM 3 APPT 19

TRANCH 8/2 SIDIBERNOUSSI

CASABLANCA

CASABLANCA SIDI BERNOUSSI

20600

## Accusé de Réception



N° de Dossier :

78772434

Date et heure : 24/01/2023 12:25

Nom et prénom Assuré :

FETOUAKI ZOULIKHA

Immatriculation :

93288047 / 090035932

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

FETOUAKI ZOULIKHA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 90141

Valeur en Dirhams.:

1 602,90

Nombre de pièces :

8

Code Etablissement :

Agent de réception :

9MGE188

Nom Etablissement :