

# 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 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.

## 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.

156227  
**complément**

R.A.M.

Autres

Maladie

Dentaire

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 0998

Société :

Actif  Pensionné(e)

Nom & Prénom : EDDY Aoudi Ahmed

Autre :

Date de naissance : 01-01-1955

Adresse : Huy AL Afghan Im 3 App 19 T 8/2  
Sidi Benhassi Casablanca

Tél. : 06.57.42.4824 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 : .....

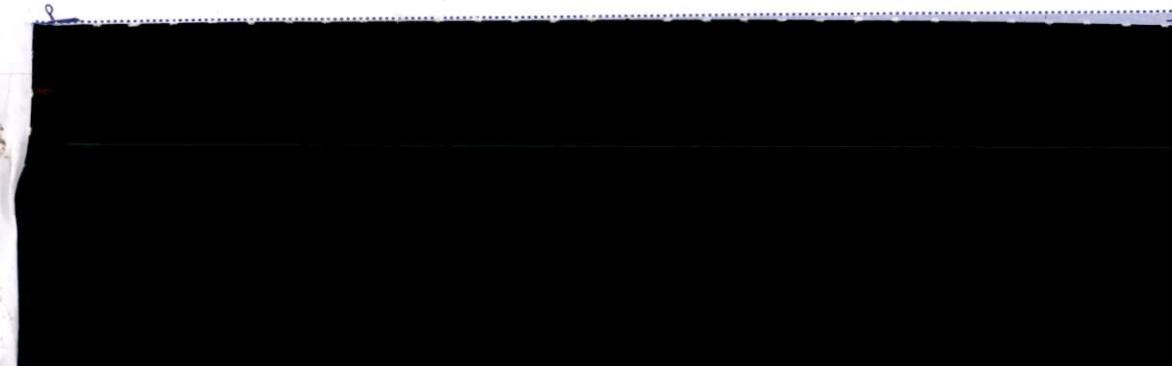
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

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) : .....



### RELEVE 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 - RADIGRAPHIES

| 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 |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

### RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |
|--|----------------|------------------|-------------|
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
| <img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. A horizontal arrow labeled 'D' points left and 'G' points right. A vertical arrow labeled 'B' points down and 'H |                |                  |             |

 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

Demande Ouverte

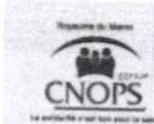
22/02/1956 - R47068

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

CAISSE MAROCAINE DE RETRAITE

190 780 211 110 294 193 000 686

Mes ayants droits

 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 Thyroidienne 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



تاریخ إجراء الفحص الطبی  
غير قابل للتغيیر

**الدكتورة شباب سهام**  
**طبيبة شمولية**

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

Casablanca le .....

09 Janv 2023

Mme FET OUTICI ZOULICHA /

↑ FCV

Dr. CHABBAK Siham  
 Rés. Al Fath, Marché Central, 2<sup>nd</sup> floor, N° 1  
 1<sup>st</sup> Etage, Belmoussi, Casablanca  
 Tel: 0522 57 32 22  
 E-mail: chabbak@gmail.com

LABORATOIRE  
 4 Boulevard Zerktouni  
 Casablanca  
 20119  
 Patient: 21206518 - Tel: 0522 57 32 22  
 ESS: 2294915 - Ref: 00159112001387



# LABORATOIRE SCHEHERAZAD

## CABINET MEDICAL D'EXAMENS HISTO - CYTOPATHOLOGIQUES

4, Bd Zerkouni 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'Academie 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 EXAMINÉ

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

#### QUALITÉ DU FROTTIS.

Prélèvement est de qualité satisfaisante.

#### CLASSE DU FROTTIS SELON LE SYSTÈME 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 Zerkouni - 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 Zerkouni - Casablanca  
Tél. : 022.22.69.88/89 fax : 022.47.55.73  
Patente : 3-206618 - 001502-19/06  
Cachet et signature : *[Handwritten signature]*

# ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie



## 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 KHall, B.P 209- Rabat.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التغاضية

Identification de l'agent:

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتوفيق عليها وارفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسنية للأدوية، الخ...).

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

يجب أن تتحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهني الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وبأقى مهني الصحة وتوفيدهم وختتمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي،

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التغاضية الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التغاضية التي تنتهي إليها خلال الشهرين الموليين لتاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتسب أجل 60 يوماً ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج.

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

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

بالنسبة للتأمين الاجتماعي عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE) يجب على المستفيدين تزويد اسمهم و رقم بطاقةتعريفهم الوطنية و إرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زنقة الخطيب ص.ب 209 الرباط.

رقم الهاتف (اختياري): ٥٦٦٢٩٥٢٤١٩  
خاص بالمؤمن له (٠)

الاسم العائلي والشخصي: FEI OJAKI  
رقم الانحراف:

N° Affiliation: 181431  
رقم التسجيل:

N° Immatriculation: 132288047  
رقم بطاقة التعريف الوطنية:

N° CIN: R 117068  
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن (٠)

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\*  
Conjoint  زوج  Enfant  ابن  بین المستفيد والمؤمن (٠)

العنوان: Stuy AL Hacen Fm 3 Al 19 178/2  
العنوان:

Adressse: Beniha  
العنوان:

Montant des frais (Dhs): 1602,90 Dhs  
عدد الوثائق المرفقة:

Nombre de pièces jointes: (٥٨)  
تصريح الطبيب المعالج

Déclaration du médecin traitant

المستفيد من العلاجات  
Bénéficiaire de soins

الاسم العائلي والشخصي: FEI OJAKI  
تاریخ الازدياد:

Nom et prénom: FEI OJAKI  
رقم بطاقة التعريف الوطنية:

Date de naissance: 20/11/1991  
الجنس\*: ذكر  امرأة

N° CIN: Q 117068  
Masculin  ذكر  Féminin

Identification du médecin traitant

الرقم الوطني الاستدلالي لمهني الصحة  
ومؤسسات العلاج

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

021173562  
نوع العلاجات

تم تقديم الطرف المفلق\*:  oui  non  
تاريخ العمل:

التاريخ المرتقب للولادة:   
تاريخ الاستشارة:

Date d'accouchement:   
تاريخ الحادث:

Date d'hospitalisation:   
أسباب الحادث:

Date d'accident:   
Fait à: Cababtana

Le: 20/11/2014  
Fait à: 20/11/2014

حر: في:  
أشهد بصمة كل ما ذكر أعلاه

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

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

توقيع وطابع الطبيب المعالج  
أو المسئولة المسئولة

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

\* حمل علامة في الخانة المناسبة

#### Description des actes effectués

وصف العملة الامبراطورية

CIM - 10

**جريدة الوصفات التي تم تطبيقها والتجهيزات الطبية المعموطة**  
**Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis**

تاريخ التنفيذ  
Date d'exécution

الثمن المفوتر

**توقيع وظائف الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية**  
**Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs**  
**des dispositifs médicaux**

09(01)23

404,40  
14.6/

INP: P|994036000

**INP:**

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء الاشعية والصور

Actes Paramédicaux

الطباطبائين المساعدات عمليات

| تاريخ العمليات<br>Dates des actes | رمز العمليات<br>Code des actes | معامل العمليات<br>Lettre clé +<br>Cotation NGAP | قيمة المعامل<br>Valeur Clé | المبلغ المفوت<br>Montant facturé | توقيع وملابع المساعد الطبي<br>Signature et Cachet du Paramédical |
|-----------------------------------|--------------------------------|---|----------------------------|----------------------------------|--|
|                                   |                                |   |                            |                                  |  |
|                                   |                                |   |                            |                                  |  |
|                                   |                                |   |                            |                                  |  |
| INP : <input type="text"/>        |                                |   |                            |                                  |  |
|                                   |                                |   |                            |                                  |  |
|                                   |                                |   |                            |                                  |  |
|                                   |                                |   |                            |                                  |  |
|                                   |                                |   |                            |                                  |  |
| INP : <input type="text"/>        |                                |   |                            |                                  |  |
|                                   |                                |   |                            |                                  |  |
|                                   |                                |   |                            |                                  |  |
|                                   |                                |   |                            |                                  |  |

02

6) 11-170  
Cacit Vit D ~~1000 Unit~~

Siham - CHABBAK Siham  
Médecine Générale  
Rés. Al Fair. Marché Immeuble N°1  
1er Etage, Bernoussi - Casablanca

Tél: 0522 757 342  
E-mail : siham.chobbak@gmail.com

= 404/40

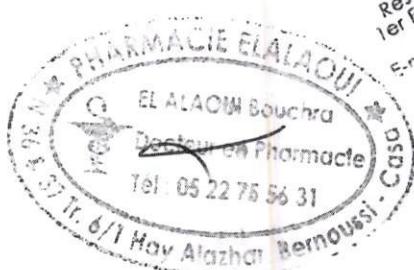
Dr. CHABBAK Siham  
Médecine Générale  
Rés. Al Fair. Marché, Immeuble N°1  
1er Etage, Bernoussi - Casablanca

E-mail : siham.chobbak@gmail.com

6 118001 040070

Fabricant :  
HERMES PHARMA GmbH.  
ALLGAU 36 - 9400 WOLFSBERG  
AUTRICHE  
BOTTU SA PPV : 110 DH 10

30



**Dr. CHABBAK Siham**  
Omnipraticien

- Diplômé en Echographie Général et Echographie Thyroidienne 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



نارخ إجراء الفحص الطبي  
غير قابل للتغيير

**الدكتورة شبات سهام**

**طبيبة شهامة**

- حاصلة على دبلوم جامعي في الفحص بالصدى العام والفتة الدرقية من جامعة باريس ديكارت
- حاصلة على دبلوم جامعي في الفحص بالصدى في طب النساء والجنين 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 PETOUAII ZOULIKAI

1) Acide hydrosulfureux 13,20

2) Dolostop 10,60

3) Dr. CHABBAK Siham 48,70

4) Vichy B3000 28,90

5) ESAC 5182170 6 sacs 1,00

**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

عرق لفظ بموجب وصفة طبية - جدول ..

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

ZENIT  
AMM N° 171  
6 11800 040536

6 11800 1272228  
PPV: 20,90 DH

**ESAC® 20 mg**  
azole

Dr. CHABBAK Siham  
Médecine Générale  
Rés. Al Fair, Benouar, Casablanca  
1er Etage, Tél: 0522 751322  
Email: siham.chabbak@gmail.com

إقامة الفجر، سوق رقم 1، الطابق الأول (أمام صيدلية الأمانة) سيدى البرنوصي. الدار البيضاء  
+212 (0) 522 75 73 42

siham.chabbak@gmail.com



Demandé par Dr. : CHABBAK SIHAM

Casablanca

Examen du : 17/01/2023

Heure Pvt : 9:24:00

Édité le : 17/01/2023

**Mme FETOUAKI Zoulikha**

Code Patient : 16-08268

Réf : 170123-024



## 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) ✓  |
| <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»

Dr LAHLOU OMAR  
 Médecin Biologiste  
 ANCIEN INTERNE AU C.H.U.  
 SANTANDER - ESPAGNE  
 Laboratoire Al Azhar d'Analyses Médicales  
 Dr Lah Lou Omar  
 Médecin Biologiste  
 15171775 - Bd Ahl Ioghlam 1<sup>re</sup> Tranche  
 Casablanca - Tel : 05 22 75 49 87



**Mme FETOUAKI Zoulikha**

**Dossier N° : 170123-024**

**Page : 2/2**

**BIOCHIMIE**

|   |   | <b>Valeurs Usuelles</b> | <b>Antériorité</b> |
|---|---|-------------------------|--------------------|
| 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**

|                                     |           | <b>Valeurs Usuelles</b> | <b>Antériorité</b> |
|-------------------------------------|-----------|-------------------------|--------------------|
| 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)      |

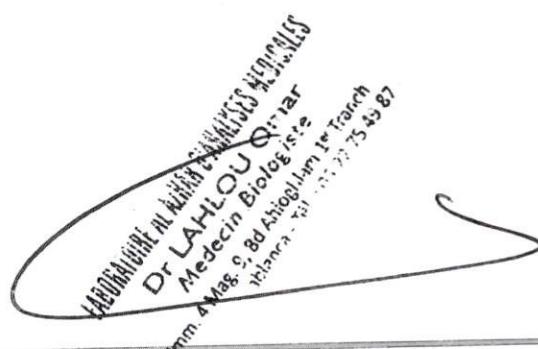
**IMMUNOLOGIE**

|                             |          |                   |
|-----------------------------|----------|-------------------|
| 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»



**LABORATOIRE AL AZHAR D'ANALYSES MEDICALES**Imm 4 Mag 9 1<sup>o</sup> Tranche Al Azhar Casablanca

Tél : 05.22.75.49.87 - Mail: laboratoirealazhar@gmail.com

ICE: 001591621000046

**Facture****N° facture 2023-0000069****Date 18/01/2023****Patient Mme FETOUAKI Zoulikha****N° Dossier : 170123-024****Date Prélèvement : 17/01/2023**

| <b>Analyses</b>                         | <b>Valeur en B</b> | <b>Montant</b> |
|---|--------------------|----------------|
| 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>                          | <b>550</b>         | <b>698,50</b>  |
| <b>APB</b>                              | <b>0,0</b>         | <b>0,00</b>    |
| <b>Majoration de garde</b>              |                    |                |
| <b>Total</b>                            |                    | <b>698,50</b>  |

*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<sup>o</sup> du code Général des Impôts.**LABORATOIRE AL AZHAR D'ANALYSES MEDICALES****LABORATOIRE AL AZHAR D'ANALYSES MEDICALES**

Tranche

Imm. 4 Mag. 9 Bd Ahl Ighiam 1<sup>o</sup> 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 للتغير

**الدكتورة شبات سهام**  
**طبيبة شهولية**

- حاصلة على دبلوم جامعي في الفحص بالصدى العام والغدة الدرقية من جامعة باريس ديكارت
- حاصلة على دبلوم جامعي في الفحص بالصدى في طب النساء والجنين من جامعة باريس ديكارت
- حاصلة على دبلوم جامعي في داء السكري من كلية الطب بباريس
- التخطيط الكهربائي للقلب

09 Janv 2023  
 Casablanca le .....

MÉTAMÉTALURGIE BOULIMA :

1) NPSAMY  
 CRP  
 2) AST, ALAT  
 ACALYME  
 3) Ch, LDL  
 TG  
 urea  
 Hb glyquée



**Dr. CHABBAK Siham**  
 Médecine Générale  
 201  
 Dr. Mouché, Imm 2, n°1  
 1057 Casablanca  
 05227342  
 Gmail.com

1.0.1.0

Royaume du Maroc



Date d'édition : 24/01/2023 12:25:31

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 :