

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

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

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

## Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Hic  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

M23-011063

167758

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2558 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Veuve  
 Nom & Prénom : Hachim Lachar  
 Date de naissance : 17/01/45  
 Adresse : 58 Nakkelad Akil' des Dar Nakkel  
 Banjafer Cas  
 Tél. : 0668 326390 Total des frais engagés : 2341,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10 JUL 2023

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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) :

Autorisation CNDP N° AA-215 / 2019





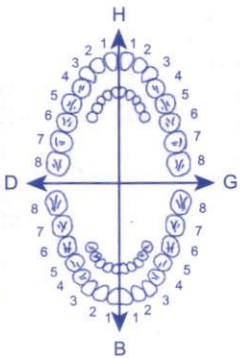
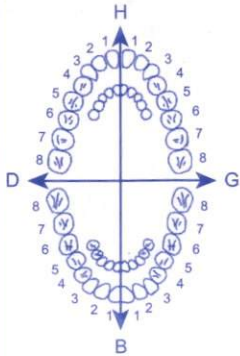
[illegible][illegible][illegible][illegible]

## 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 <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>										
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>									
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>									
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>									
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>										
			DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>											
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>											

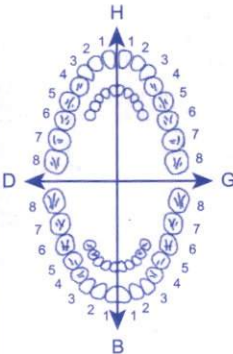
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 DENTAIRE	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			G
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

**(Création, remont, adjonction)**

A diagram of a circular chromosome. It is a circle with a central point labeled 'H'. The circle is divided into four quadrants by a vertical line and a horizontal line. The quadrants are labeled 'H' (top), 'B' (bottom), 'D' (left), and 'G' (right). The circle is marked with numbers 1 through 8 in each quadrant, indicating the position of centromeres. The numbers are arranged in a circular pattern around the perimeter of the circle. The centromeres are located at the points where the numbers 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8 are marked. The telomeres are located at the points where the numbers 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8 are marked. The centromeres are located at the points where the numbers 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8 are marked. The telomeres are located at the points where the numbers 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8 are marked.

**DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE**

**H**  

25533412  
00000000

21433552  
00000000

**D**

**G**

00000000  
35533411

00000000  
11433553

**B**

**Coefficient  
des Travaux**

**MONTANTS  
DES SOINS**

**DATE DU  
DEVIS**

**DATE DE  
L'EXECUTION**

**(Création, remont, adjonction)**

**Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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.

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 وباقي مهنيي الصحة وتوقيعهم وختمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفية 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 وإبراج 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 إسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية و إرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زقة الخليل ص.ب 209 الرباط.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :           تاريخ الإيداع :

CNOPS

# ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire

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

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ة)

الاسم العائلي والشخصي: BEN HACHEM EL HADJALI Lechak

رقم الانخراط: 07161005

رقم التسجيل: 111111111111111111

رقم بطاقة التعريف الوطنية: 1318101111

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن (ة): ☐ زوج ☐ ابن ☐ بنت

العنوان: 58 Abdelkader Abil Kasbi St, N° 10101

إجمالي المصاريف (بالدرهم): 3110

عدد الوثائق المرفقة: 17

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

الاسم العائلي والشخصي: BEN HACHEM EL HADJALI Lechak

تاريخ الميلاد:

رقم بطاقة التعريف الوطنية: 1318101111

الجنس: \* ☐ Masculin ☒ Féminin

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج

نوع العلاجات

تم تقديم الظرف المغلق: \* ☐ oui ☐ non

تاريخ الحمل:

التاريخ المرتقب للولادة:

تاريخ الاستشفاء:

تاريخ الحادث:

أسباب الحادث:

حرر ب:  في:

أشهر بصحة كل ما ذكر أعلاه

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

Dr Fouad EL HADJALI

Chirurgien Cardiologue - Vascular

Abdelmoumen Center, Angle Rd Abdelmoumen et 1<sup>er</sup> Etage - B.P 209- Rabat

La vente de cet imprimé est formellement interdite



## Description des actes effectués

## وصف العمليات المجرة

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	قيمة المعامل Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du médecin traitant
21/5/23			300	Dr Fouad EL Ouardi Chirurgien Cardio - Vasculaire Abdelmoumen Center, Angle Bd Abdelmoumen et Bd Anoual, 3e Etage - Bur N° 305 Tél: 0522 86 54 50

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
21/5/23	893.20	Dr Fouad EL Ouardi Chirurgien Cardio - Vasculaire Abdelmoumen Center, Angle Bd Abdelmoumen et Bd Anoual, 3e Etage - Bur N° 305 Tél: 0522 86 54 50

INP: 092012434

INP: [ ]

INP: [ ]

## Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

## عمليات الإحياء، الأشعة والصور

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 الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
21/5/23	B240 COROR			1000	Dr Fouad EL Ouardi Chirurgien Cardio - Vasculaire Abdelmoumen Center, Angle Bd Abdelmoumen et Bd Anoual, 3e Etage - Bur N° 305 Tél: 0522 86 54 50

INP: 093064731

LABORATOIRE BOURGOGNE  
D ANALYSES MEDICALES

INPE: 093064731

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: [ ]

INP: [ ]



# Dr. Fouad EL OUARDI

Chirurgien Cardio-Vasculaire  
Ancien Interne des Hôpitaux de Rennes - France

Chirurgie Cardiaque & Vasculaire  
Chirurgie Endovasculaire  
Phlébologie (VARICES)  
Traitement par laser & Radio fréquence



## الدكتور فؤاد الوردى

جراح سابقا بمستشفيات رين بفرنسا  
أخصائي في جراحة القلب و الشرايين

جراحة القلب و الشرايين  
فلبولوجيا (الدوالي)  
العلاج بالليزر و الموجات الصوتية

Casablanca le : .....

21/5/23

Ben hachell  
El Harrouni  
LADRA

82.80 cades 20 16/le der

222.00 Azymelle 5 15x35

14.00 Delyre 1/2 x 3 1/2

20.00 23. Sinkroon 1/2 1/2 1/2 1/2

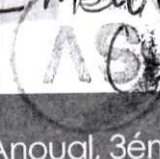
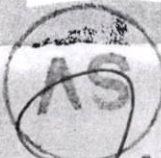
89.70 x2 colorone 20 1/2 1/2

32.60 Mx 01 sup 125 x 35 (15)

56.80 23 Aldeone 50 1/2 1/2

40.50 24 tondy 80 kp x 2 1/2 1/2

PHARMACIE DELL'AVENIR  
Mme D. OUBI  
100, Bd Med El Mehrez - Casablanca



T= 20937

DR FOUAD EL OUARDI  
Chirurgien Cardio - Vasculaire  
Abdelmoumen center, Angle Bd Abdelmoumen  
et Bd Anoual, 3e Etage - Bur. N° 305  
Tél: 0522 86 54 50 - Fax: 0522 86 31 11

AUGMENTIN 1 g/125 mg  
24 sachets



6 118000 161042

**ALDACTONE 50<sup>mg</sup>**

P.P.V: 56,80 DH



6 118001 170029

**TARDYFERON B9**  
30 comprimés pelliculés  
Fer 50 mg / Acide folique 0,350 mg  
Distribué par Cooper Pharma  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Amina DAOUDI - Pharmacien Responsable  
PPV : 51.60 DH



6 118001 100620

**Sintrom<sup>®</sup> 4 mg**  
Acénocoumarol 10 comprimés



6 118000 181187

CORDARONE 200MG  
CP SEC B40



6 118000 1061120

**ALDACTONE 50<sup>mg</sup>**

P.P.V: 56,80 DH



6 118001 170029

**Tardyferon<sup>®</sup> 80mg**  
30 comprimés pelliculés  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI



6 118001 103041

**Sintrom<sup>®</sup> 4 mg**  
Acénocoumarol 10 comprimés



6 118000 181187

**ALDACTONE 50<sup>mg</sup>**

P.P.V: 56,80 DH



6 118001 170029

**Tardyferon<sup>®</sup> 80mg**  
30 comprimés pelliculés  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI



6 118001 103041

**Sintrom<sup>®</sup> 4 mg**  
Acénocoumarol 10 comprimés



6 118000 181187



CORDARONE 200MG  
CP SEC B40

**Tardyferon<sup>®</sup> 80mg**  
30 comprimés pelliculés  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI



6 118001 103041



## Dr. Fouad EL OUARDI

Chirurgien Cardio-Vasculaire  
Ancien Interne des Hôpitaux de Rennes - France

Chirurgie Cardiaque & Vasculaire  
Chirurgie Endovasculaire  
Phlébologie (VARICES)  
Traitement par laser & Radio fréquence



## الدكتور فؤاد الوردي

جراح سابقا بمستشفيات رين بفرنسا  
أخصائي في جراحة القلب و الشرايين

جراحة القلب و الشرايين  
فليبولوجيا (الدوالي)  
العلاج بالليزر و الموجات الصوتية

Casablanca le : .....

*Handwritten notes:*  
Fouad El Ouardi  
31/05/2011  
Casablanca

*Handwritten date:* 25/5/11

*Stamp:*  
L.A. P.A. B.  
Laboratoire Bourgogne d'Analyses Médicales  
136, Résidence Beaucourt 82, P. 136  
Tél: 0522 20 81 00 - Fax: 0522 20 81 00  
Fax: 0522 40 01 00

*Handwritten notes:*  
TE  
DUP  
+  
12/5/11  
Fouad El Ouardi

*Stamp:*  
Dr. Fouad EL OUARDI  
Chirurgien Cardio - Vasculaire  
Abdelmoumen Center, Angle Bd Abdelmoumen  
et Bd Anoual, 3e Etage - Bur N° 305  
Tél: 0522 86 54 50 - Fax: 0522 86 31 11

## Dr. Fouad EL OUARDI

Chirurgien Cardio-Vasculaire  
Ancien Interne des Hôpitaux de Rennes - France

Chirurgie Cardiaque & Vasculaire  
Chirurgie Endovasculaire  
Phlébologie (VARICES)  
Traitement par laser & Radio fréquence

## الدكتور فؤاد الوردى

جراح سابقا بمستشفيات رين بفرنسا  
أخصائي في جراحة القلب و الشرايين

جراحة القلب و الشرايين  
فليبولوجيا (الدوالي)  
العلاج بالليزر و الموجات الصوتية

Casablanca le : .....

21/5/23

Benha d...  
El (b...  
com...

MR + ...

L.A.M.B.  
Laboratoire Biologique d'Analyses Médicales  
136, Residence Belhacen Bld. Hassan II  
Tél: 0522 20 81 01 - Fax: 0522 20 81 99  
Tél: 0522 20 81 02 - Fax: 0522 20 81 03

الدكتور فؤاد الوردى  
Dr Fouad EL OUARDI  
Chirurgien Cardio - Vasculaire  
Abdelmoumen Centre, Angle Bd Abdelmoumen  
et Bd Arioual, 3e Etage - Bur. N° 305  
Tél: 0522 86 54 50 - Fax: 0522 86 31 11



LABORATOIRE BOURGOGNE D'ANALYSES MEDICALES  
136 Résidence Belhecen, Boulevard Bourgogne  
Tél : 0522208099/0522208102 - Fax : 0522208100  
@ : labobourgogne.lamb@gmail.com

FACTURE N° : 230001186

INPE : 093064731



Casablanca le 13-05-2023

IF: 15231383  
N°Patente: 35490624

ICE: 001692860000053  
N°CNSS: 4430534

Mme Ladrat BENHACHEM EL HARROUNI

Demande N° 2305130002  
Date de l'examen : 13-05-2023

Analyses :

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E17	E
0216	Numération formule	B80	B
0236	Taux de prothrombine	B40	B

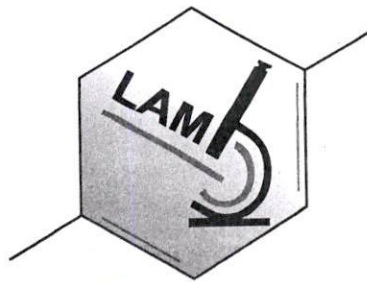
Total des B : 120

TOTAL DOSSIER : 177.80 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent soixante-dix-sept dirhams  
quatre-vingts centimes

L.A.M.B.  
Laboratoire Bourgogne d'Analyses Médicales  
136 Résidence Belhecen, Boulevard Bourgogne  
Tél : 0522 20 80 99 - Fax : 0522 20 81 00 - Casa





(TECHNIQUE-STAGO)

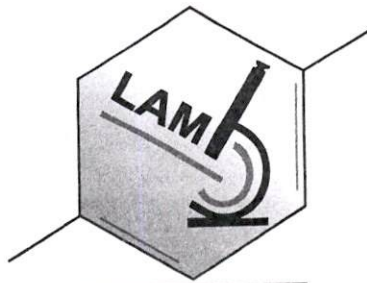
Indications thérapeutiques(HAS)	Recommandations INR	
	Valeur cible	Zone thérapeutique
PREVENTIONS COMPLICATIONS THROMBOEMBOLIQUES DES CARDIOPATHIES EMBOLIGENES:		
* Fibrillations auriculaires	2.5	2 à 3
* Valvulopathies mitrales	3.7	3 à 4.5
* Prothèses valvulaires mécaniques:		
- position mitrale	3.7	3 à 4.5
- position aortique avec facteur de risque embolique ou de 1 ère génération	3.7	3 à 4.5
- position aortique sans facteur de risque ou de 2 ème génération	2.5	2 à 3
- position tricuspide	2.5	2 à 3
* Prothèses valvulaires biologiques	2.5	2 à 3
INFARCTUS DU MYOCARDE	2.5	2 à 3
TRAITEMENT DES THROMBOSES VEINEUSES PROFONDES ET DE L'EMBOLIE PULMONAIRE AINSI QUE LA PREVENTION DE LEUR RECIDIVES EN RELAIS DE L'HEPARINE	2.5	2 à 3
PREVENTION DES THROMBOSES VEINEUSES ET DE L'EMBOLIE PULMONAIRE EN CHIRURGIE DE HANCHE	2.5	2 à 3
PREVENTION THROMBOSES SUR CATHETER (à faibles doses)		Pas de modification INR

Validation Biologique par : Dr BELLAMINE KAWTHAR

**Dr. Bellamine Kawthar**  
Médecin Biologiste  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
Bourgogne

INPE :097164701





## HEMOSTASE - COAGULATION

### JX DE PROTHROMBINE

R.  
(International Normalized Ratio)

4.39

Antécédents  
13-04-2023  
3.47

JX DE PROTHROMBINE  
Valeur de référence sans AVK : 70 - 100 %

20.90 %

25.80

13-04-2023

Temps de Quick témoin

12.0 Sec.

12.0

Temps de Quick patient

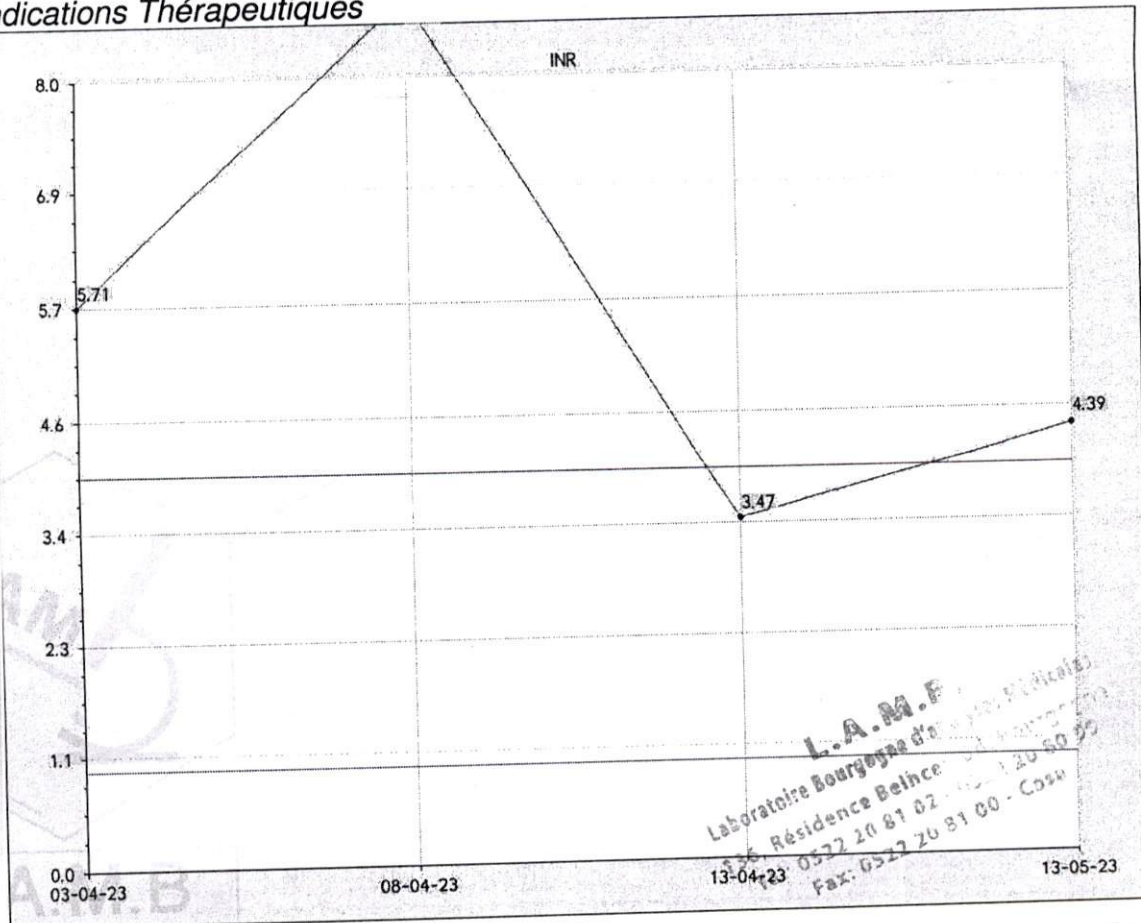
38.7 Sec.

32.5

Médicament prescrit

Sintrom

Indications Thérapeutiques



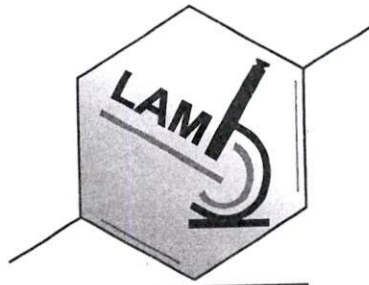


[Ma Situation](#)[Remboursements](#)[Prises en charge](#)[Immatriculation](#)[Menu](#)

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](#)[EN COURS DE TRAITEMENT 3](#)[PAYE](#)[RETOUR POUR COMPLEMENT 1](#)

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
3	-	-	3 054,40	1 845,26	321,04	2 166,30
80298719	11/04/2023	BENHACHEM EL HARROUN LADRAT	612,80	387,51	106,49	494,00
81076940	25/05/2023	BENHACHEM EL HARROUN LADRAT	70,60	35,20	8,80	44,00
81076497	25/05/2023	BENHACHEM EL HARROUN LADRAT	2 371,00	1 422,55	205,75	1 628,30



L.A.M.B.

Mme BENHACHEM EL HARROUNI Ladrat

Code Patient : 2304030001

Prélèvement du : 13-05-2023

externe

Médecin : Dr EL ouardi Fouad

Edition : 13-05-2023

## HEMATOLOGIE

( Fluorescence en Cytométrie de Flux sur SYSMEX-XN)  
ETUDE DE LA LIGNEE ERYTHROCYTAIRE

Hématies :	4.420	M/mm <sup>3</sup>	(3.800-5.400)
Hémoglobine :	13.5	g/dL	(12.5-15.5)
Hématocrite :	40.0	%	(37.0-47.0)
VGM :	91.0	μ <sup>3</sup>	(82.0-98.0)
CCMH :	34.0	%	(30.0-36.5)
TCMH :	31.0	pg	(>27.0)

## ETUDE DE LA LIGNEE LEUCOCYTAIRE

Leucocytes :	8.070	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	(4.000-10.000)
Poly. Neutrophiles :	53.0	% soit 4 277	/mm <sup>3</sup> (1 800-7 500)
Poly. Eosinophiles :	2.0	% soit 161	/mm <sup>3</sup> (100-400)
Poly. Basophiles :	1.0	% soit 81	/mm <sup>3</sup> (<200)
Lymphocytes :	34.0	% soit 2 744	/mm <sup>3</sup> (1 000-4 500)
Monocytes :	10.0	% soit 807	/mm <sup>3</sup> (200-1 000)

Plaquettes

250 M/mm<sup>3</sup> (150-400)

L.A.M.B.  
Laboratoire Bourgoigne d'Analyses Médicales  
136, Résidence Belhacen, Bd. Bourgogne  
Tél: 0522 20 81 02 - 0522 20 80 99  
Fax: 0522 20 81 00 - Casa



Royaume du Maroc



AMO



Date d'édition : 25/02/2023 10:13:28

10:13:28

MME BENHACHEM EL HAROUN LADRAT

NO 28 RUE MOKALAD AKLI

RES.DAR NAKHIL3 APS BOU

CASABLANCA

CASABLANCA EL HANK

20020

N° de Dossier :

81076497

Date et heure : 25/02/2023 10:13

Nom et prénom Assuré :

BENHACHEM EL HAROUN LADRAT

Immatri-culation :

44076025 \ 04013242

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

BENHACHEM EL HAROUN LADRAT

\ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 40131

Valeur en Dirhams :

2 371 00

Code Etablissement :

Agent de réception :

M44M0481

Nombre de pièces :

12

Accusé de Réception







Date d'édition : 25/05/2023 10:13:28

0.7.8

MME BENHACHEM EL HAROUN LABRAT

NO 28 RUE MOKALAD AKILI

RES.DAR MAKHIL3 APS BOU

CASABLANCA

CASABLANCA EL HAK

20020

N° de Dossier :

81076497

Nom et prénom Assuré :

BENHACHEM EL HAROUN LABRAT

Immatriculation :

44076025 / 04013242

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

BENHACHEM EL HAROUN LABRAT

101

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 40131

Valeur en Dirhams :

2 371,00

Code Etablissement :

Agent de réception :

M4M0481

Nombre de pièces :

17

Accusé de Réception



Date et heure : 25/05/2023 10:12