

# 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.



En complément dossier mon époux  
ALAOUI ABIB N'hamed  
172610

Déclaration de Maladie : N° P19-0003591

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1511 Société : RAN / MUPRAS  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : KOURANE Latifa Date de naissance : 18/03/1950  
Adresse : Résidence WIAN - IMN 4 - Apt 2 - OULEA  
Tél : 0669 13 13 70 Total des frais engagés : 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 : .....

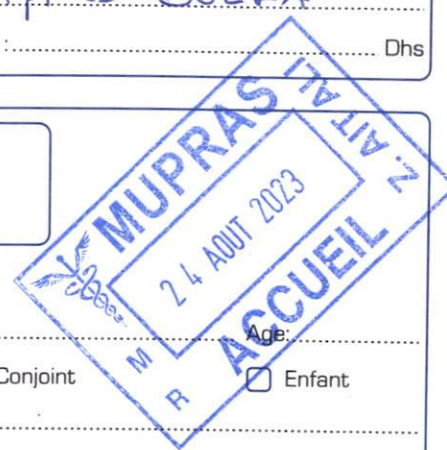
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

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 : Casablanca Le : .....

Signature de l'adhérent(e) : Kourane Latifa



## 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



## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

[illegible]

## EXECUTION DES ORDONNANCES

[illegible]

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>des Honoraires |
|--|------|---------------------------------|---------------------------|
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

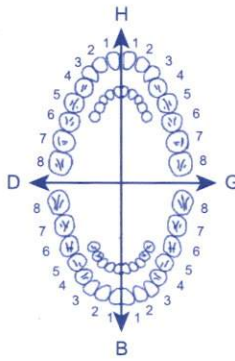
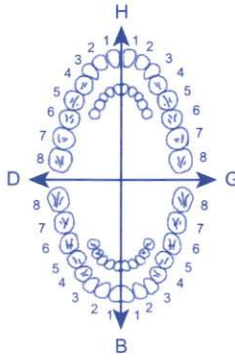
[illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.**

| SOINS DENTAIRES   |  | Dents<br>Traitées | Nature des<br>Soins | Coefficient |  |
|---|--|-------------------|---------------------|-------------|--|
|    |  |                   |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|   |  |                   |                     |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
|   |  |                   |                     |             | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |
|   |  |                   |                     |             | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |
|   |  |                   |                     |             |  |
|   |  |                   |                     |             |  |
|   |  |                   |                     |             |  |
|   |  |                   |                     |             |  |
| O.D.F.<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                   |                     |             |  |
|  | <div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div><div>G</div></div> |                   |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|   | <div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>  |                   |                     |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
|   |  |                   |                     |             | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |
|   |  |                   |                     |             | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>     |
|   |  |                   |                     |             |  |
|   |  |                   |                     |             |  |
|   |  |                   |                     |             |  |
|   |  |                   |                     |             |  |

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)

[Information](#)[EN COURS DE TRAITEMENT 1](#)[REJET 2](#)[PAYE](#)[RETOUR POUR COMPLEMENT 1](#)

**i** 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           | -                 | 03/08/2023         | Virement      | -                   | 825,41        | 603,63   | 0,00     | 603,63   |
| 81572824      | 20/06/2023        | Payé en : 44 jours |               | ALAOUI ADIB M'HAMED | 825,41        | 603,63   | 0,00     | 603,63   |
| ≡ 2           | -                 | 28/06/2023         | Virement      | -                   | 8 443,00      | 2 730,66 | 0,00     | 2 730,66 |



# Instructions à suivre

# تعليمات يجب اتباعها

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, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

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

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

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

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

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 CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

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

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

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

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

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الآخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التماجدية

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : ..... تاريخ الإيداع : .....



# ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

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

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : ALAOU, ADIB, N° Khameel الاسم العائلي و الشخصي :

N° Affiliation : 31612A1218 رقم الانخراط :

N° Immatriculation : 4441181731215 رقم التسجيل :

N° CIN : B 191814101A رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\* Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له \*

Adresse : Résidence W. AN - IMH - APT 2 - OULFA العنوان : 20200

Montant des frais (Dhs) : 825,41 DH مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : 17 عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات :

Nom et prénom : الاسم العائلي و الشخصي :

Date de naissance : تاريخ الازدياد :

N° CIN : رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe : MARIAGE ☐ ذكر F ☐ أنثى الجنس :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 091279224 الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins

نوع العلاجات

Maladie \* ☐ مرض Pli confidentiel remis\* : Oui ☐ Non ☐ تم تقديم الظرف المغلق\* :

Maternité \* ☐ أمومة Date de grossesse : تاريخ الحمل :

Hospitalisation \* ☐ استشفاء Date prévue d'accouchement : التاريخ المرتقب للولادة :

Accident \* ☐ حادث Date d'hospitalisation : تاريخ الاستشفاء :

Causes : أسباب الحادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه . Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : ..... حرر ب : Fait à : ..... حرر ب :

le : ..... في : le : ..... في :

توقيع المؤمن له (لها) : توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Signature de l'assuré (e) Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

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

\* اشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع



عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

[illegible]

## عمليات المساعدين الطبيين

| 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 المفوتر<br>Montant facturé | توقيع و طابع المساعد الطبي<br>Signature et Cachet du Paramédical |
|-----------------------------------|--------------------------------|---|----------------------------|-----------------------------------|--|
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
| INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
| INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |

**ZYLORIC 200 mg**   
Boîte de 28 comprimés  
A.M.M. N° 62 DMP21/NTT  
SOTHEMA BOUSKOURA  
Remboursable AMO



6 118000 022244

**ZYLORIC 200 mg**   
Boîte de 28 comprimés  
A.M.M. N° 62 DMP21/NTT  
SOTHEMA BOUSKOURA  
Remboursable AMO



6 118000 022244

LOT 223844  
EXP 11 2026  
PPV 31.30

LOT 222655  
EXP 03 2026  
PPV 31.30

**ZYLORIC 200 mg**   
Boîte de 28 comprimés  
A.M.M. N° 62 DMP21/NTT  
SOTHEMA BOUSKOURA  
Remboursable AMO



6 118000 022244

LOT 222655  
EXP 03 2026  
PPV 31.30



# Dr Rkiba Zakaria

Traumatologue - Orthopédiste  
Laureat de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie - Casablanca  
Ancien médecin interne / Hôpitaux de Paris

Chirurgie traumatologique  
Chirurgie arthroscopique et prothétique  
Chirurgie de la main  
et des nerfs périphériques  
Suivi de la maladie arthrosique  
Médecine de sport



## د. ارقيبة زكرياء

جراحة العظام والمفاصل

خريج كلية الطب والصيدلة

بالدار البيضاء

طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس

جراحة كسور العظام والمفاصل

جراحة بالمنظار

جراحة تقويم واستبدال المفاصل

جراحة اليد والأعصاب المحيطة

خشونة المفاصل

طب رياضي

## ORDONNANCE

Casablanca le 13-05-2013

M<sup>r</sup> Alaoui Adil

① Sepren 500  
ref x 24 07/13

② Tylenol 200mg.  
ref 8 16/05/2013

Dr. Rkiba Zakaria  
Traumatologue - Orthopédiste  
سيتي أوفيس إقامة ميسيمي رقم 58  
الحي الحساني الشقة C12  
Tél: 05 22 10 00 05 / 06 72 83 55 52

سيتي أوفيس إقامة ميسيمي رقم 58، الطابق 3 بالمصعد الشقة C12 فوق KFC أمام مرجان الحي الحساني-الدار البيضاء

City Office, 58 Bis Lot. MISSIMI. étg. 3 avec ascenseur, Appt C12, Hay Hassani  
(au dessus de KFC, en face Marjane et McDonald's Hay Hassani) Casablanca

Tel: 05 22 10 00 05 / 06 72 83 55 52 ✉ rk.zakariaortho@gmail.com



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES GENELAB "Oum Rabiaâ"

مختبر التحليلات الطبية جنالاب أم الربيع

Pharmacie Biologiste

Téléphone : 05 22 93 10 60 / 05 22 90 59 37 / Fax : 05 22 93 10 61

Mobile bureau : 0661 763068 / Whatsapp : 0676845202

Oulfa (En face siège R.A.M) - Résidence Abouab Oum Rabiaâ, Imm "C" - Casablanca

Dr. Mohamed BENAZZOUZ

Pharmacien Biologiste

genelab@gmail.com

Laboratoire certifié par

IMANOR

CERTIFICATION

N° 2017 CSMQ.04 : 01

ICE:001084109000068 - Patente : 35051078 - INPE : 093001394 - IF : 51485800

## FACTURE

Casablanca, le 12/05/2023

Facture N° 100523-118 du 11/05/2023

CNOPS

Dr : RKIBA ZAKARIA

N° Bon de soin

Mle

Patient : Mr ALAOUI ADIB MHAMED

| Analyses                 | Valeur en B | Montant       |
|--------------------------|-------------|---------------|
| Prélèvement à domicile   | 0           | 0,00          |
| VITESSE DE SEDIMENTATION | 30          | 33,00         |
| CRP: PROTEINE-C REACTIVE | 100         | 110,00        |
| GLYCEMIE                 | 30          | 33,00         |
| ACIDE URIQUE             | 30          | 33,00         |
| PSA Total                | 300         | 330,00        |
| <b>Total B</b>           | <b>490</b>  | <b>539,00</b> |
| <b>APB</b>               | <b>1,0</b>  | <b>11,51</b>  |
| <b>Total</b>             |             | <b>550,51</b> |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cinq cent cinquante dirhams 51 centimes\*\*\*

Signature et tampon du laboratoire.

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - IMMUNOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - FERTILITE

NB : (\*) = paramètre accrédité شارع أم الربيع - الالفه - (أمام مقر الخطوط الملكية المغربية) - إقامة أبواب أم الربيع - عمارة "س" - الدار البيضاء

Bd. Oum Rabiaâ - El Oulfa - (en face siège R.A.M) - Résidence Abouab Oum Rabiaâ, Imm."C" - Casablanca

INPE : 097163968 - ICE : 001084109000068 - ت.م - Patente : 35051078 - الفاكس : 05 22 93 10 61

E-mail : genelab2@gmail.com - Tél. : 0522 93 10 60 / 61 / 0522 90 59 37 / 0661 76 30 68 - الهاتف - GSM Whatsapp : 06 76 84 52 02 - Site web : www.Lbmgenelab.com





مختبر التحليلات الطبية جيلاب "أم الربيع"  
**Laboratoire de biologie médicale Génélab**  
"Oum Rabiaâ"

Dr. Mohamed BENAZZOUEZ  
Pharmacien Biologiste

الدكتور بنعزوز محمد  
صيدلي إحيائي



Laboratoire certifié par  
**IMANOR**  
CERTIFICATION  
N° 2017 CSMQ.04 : 01  
NM ISO 9001 : 2015

Mr ALAOUI ADIB MHAMED

Dossier N° : 100523-118

Page : 2/2

**ANALYSES DE BIOCHIMIE (SANG)**

|   |   |               | Valeurs Usuelles  | Antériorité     |
|---|---|---------------|-------------------|-----------------|
| GLYCEMIE  | : | 0,97 g/l      | ( 0,74 - 1,06 )   | 0,94 (24/09/12) |
| (Beckman Coulter AU480 / Paramètre Accrédité (depuis 24/01/2022) )  |   | 5,38 mmol/l   | ( 4,11 - 5,88 )   |                 |
| ACIDE URIQUE  | : | 117,41 mg/l   | ( 35 - 72 )       |                 |
| (Beckman Coulter AU 480 / Paramètre Accrédité (depuis 24/01/2022) ) |   | 698,59 µmol/l | ( 208,3 - 428,3 ) |                 |

Au cours du traitement hypo-uricémiant, la cible thérapeutique de l'uricémie est <60mg/L.

**MARQUEURS TUMORAUX**

|                                |   |             | Valeurs Usuelles  | Antériorité      |
|--------------------------------|---|-------------|-------------------|------------------|
| PSA Total                      | : | 4,170 ng/ml | ( Inférieur à 4 ) | 77,08 (30/05/19) |
| (Access2 /Paramètre Accrédité) |   |             |                   |                  |

|             |         |
|-------------|---------|
| Age         |         |
| < 40 ans    | : < 1.4 |
| 40 - 50 ans | : < 2.0 |
| 50 - 60 ans | : < 3.1 |
| 60 - 70 ans | : < 4.1 |
| > 70 ans    | : < 4.4 |

**1/ Lorsque les taux de PSA sont élevés entre 4 et 10 ng/ml**

==> il faut noter, qu'en cas de manipulation prostatique ou d'une infection aiguë, il est souhaitable de pratiquer un nouveau dosage du PSA dans les **15** jours plus tard et voir même **un** jusqu'à **deux** mois.

==> Si le taux reste élevé, il pourra être discuté de l'utilité de réaliser des biopsies de la prostate.

Attention : Le Finastéride (Chibiproscar) utilisé dans le traitement de l'adénome de la prostate baisse le taux de PSA d'environ 50%

**NB : Ces conduites à tenir doivent être validées par le médecin traitant, car, lui seul, est habilité à juger du degré de la gravité.**

**2/ Si les valeurs sont supérieures à ces taux, seul le médecin traitant peut décider de la conduite à tenir**

**NB: Des valeurs fortement élevées peuvent être observées en cas de prise de Biotine**

Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons un bon rétablissement

A:F/P:S  
V:s/L:

**Biologiste assistante**

Dr S.Masmoudi

Laboratoire Génélab  
M. BENAZZOUEZ  
R.S. Abouab Oum Rabiaâ El Oulfa - Casa  
J.L. - 05 22 93 10 61 - Fax : 05 22 93 10 61  
Patente : 35051078 - I.C.E : 001084109000068

**LABORATOIRE GÉNÉLAB**  
R.S. Abouab Oum Rabiaâ El Oulfa - CASA  
Tél : 05 22 93 10 61 - Fax : 05 22 93 10 61  
P.T. : 35051078 - I.C.E : 001084109000068

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - IMMUNOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - FERTILITE

NB : (\*) = paramètre accrédité شارع أم الربيع - الالفة. (أمام مقر الخطوط الملكية المغربية). إقامة أبواب أم الربيع - عمارة "س". الدار البيضاء

Bd. Oum Rabiaâ - El Oulfa - (en face siège R.A.M) - Résidence Abouab Oum Rabiaâ, Imm."C" - Casablanca

INPE : 097163968 - ICE : 001084109000068 : ت.م - Patente : 35051078 : البتانة - Fax : 05 22 93 10 61 : الفاكس



مختبر التحليلات الطبية جيلاب "أم الربيع"  
*Laboratoire de biologie médicale Génélab*  
"Oum Rabiaâ"

Dr. Mohamed BENAZZOUZ  
Pharmacien Biologiste

الدكتور بنعزوز محمد  
صيدلي إحيائي



Laboratoire certifié par  
**IMANOR**  
CERTIFICATION  
N° 2017 CSMQ.04 : 01  
NM ISO 9001 : 2015

**Compte rendu d'analyses**

Demandé par Dr : RKIBA ZAKARIA

CITY OFFICE 58 BIS LOT MISSIMI 3EME ETAGE HAY HASSANI  
-CASABLANCA

Tél : 0522100005 Fax :  
Casablanca  
Edité le : 12/05/2023



**Mr ALAOUI ADIB MHAMED**

Date naissance: 01/01/1942

Code Patient : 12-08567

INPE GENELAB : 093001394

INPE Bio : 097163968

IF : 51485800

Réf : 100523-118



Dossier créé le : 10/05/2023

Patient prélevé le : 11/05/2023

Heure création: 17:01

Heure Plvt : 11:54

\*\*\*

Page : 1/2

**INFORMATION PRELEVEMENT**

Valeurs Usuelles

Antériorité

Prélèvement à domicile

**INFORMATION PRELEVEMENT :**

HEURE DE CONTACT : Le 10/05/2023

HEURE DU RDV : Le 11/05/2023

PRELEVEMENT RECU DE L'EXTERIEUR PAR NOS SOINS ( laboratoire Génélab)

**BILAN INFLAMMATOIRE ET/OU RHUMATOLOGIQUE**

Valeurs Usuelles

Antériorité

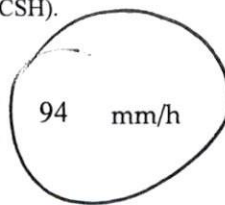
**VITESSE DE SEDIMENTATION**

Selon le comité international de normalisation en hématologie (ICSH).  
la mesure de la première heure est suffisante

Première heure

(Westergreen / SRS 20/11)

: 94 mm/h



**Interprétation :**

18-30 ans : < 10,7 mm /h

31-40 ans : < 11 mm /h

41-50 ans : < 13,2 mm /h

51-60 ans : < 18,6 mm /h

Plus de 60 ans : < 20,2 mm /h

Deuxième heure

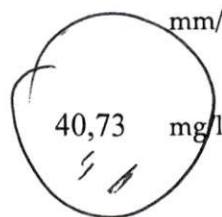
: mm/h

**NB : A titre indicatif ci dessus la VS 2ème heure**

**CRP: PROTEINE-C REACTIVE**

(Immuno Turbidimétrie/Beckman Coulter AU 480)

: 40,73 mg/l



( Inférieur à 8 )

40  
M. BENAZZOUZ  
Abouab Oum Rabiaâ El Oulfa - Casa  
Patente 35051078  
ICE 0522 93 10 61

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - IMMUNOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - FERTILITE

NB : (\*) = paramètre accrédité

شارع أم الربيع - الألفة - (أمام مقر الخطوط الملكية المغربية) - إقامة أبواب أم الربيع - عمارة "س" - الدار البيضاء

Bd. Oum Rabiaâ - El Oulfa - (en face siège R.A.M) - Résidence Abouab Oum Rabiaâ, Imm. "C" - Casablanca

INPE : 097163968 - ICE : 001084109000068 - ت.م. - Patente : 35051078 - البناتنا - Fax. : 05 22 93 10 61 - الفاكس



# Dr Rkiba Zakaria

Traumatologue - Orthopédiste  
Laureat de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie - Casablanca  
Ancien médecin interne / Hôpitaux de Paris

Chirurgie traumatologique  
Chirurgie arthroscopique et prothétique  
Chirurgie de la main  
et des nerfs périphériques  
Suivi de la maladie arthrosique  
Médecine de sport



د. ارقيبة زكرياء  
جراحة العظام والمفاصل  
خريج كلية الطب والصيدلة  
بالدار البيضاء  
طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس  
جراحة كسور العظام والمفاصل  
جراحة بالمنظار  
جراحة تقويم واستبدال المفاصل  
جراحة اليد والأعصاب المحيطة  
خشونة المفاصل  
طب رياضي

## ORDONNANCE

Casablanca le: 06-05-2016

M. ALAMI ABIB

- CRP

- VS

- Act My

- I SR

Glycémie

Dr. Rkiba Zakaria  
جراحة العظام و المفاصل  
Traumatologue - Orthopédiste  
القياس إقامة ميسمي رقم 58 الطابق 3 الشقة C12  
الحي الحسني - الدار البيضاء  
Tél: 05 22 10 00 05 / 06 72 83 55 52

سيتي أوفيس إقامة ميسمي رقم 58، الطابق 3 بالمصعد الشقة C12 فوق KFC أمام مرجان الحي الحسني - الدار البيضاء  
City Office, 58 Bis Lot. MISSIMI. étg. 3 avec ascenseur, Appt C12, Hay Hassani  
(au dessus de KFC, en face Marjane et McDonald's Hay Hassani) Casablanca  
05 22 10 00 05 / 06 72 83 55 52 rk.zakariaortho@gmail.com

**Mobic® 15 mg** ○

Meloxicam

14 comprimés sécables



6 118000 040569

PPV: 61DH50

PER: 01/26

LOT: M095

**Colchicine 1mg** ○

OPOCALCIUM

20 comprimés sécables



6 118000 082156



**Dr Rkiba Zakaria**

Traumatologue - Orthopédiste  
Laureat de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie - Casablanca  
Ancien médecin interne / Hôpitaux de Paris

Chirurgie traumatologique  
Chirurgie arthroscopique et prothétique  
Chirurgie de la main  
et des nerfs périphériques  
Suivi de la maladie arthrosique  
Médecine de sport



**د. ارقيبة زكرياء**

جراحة العظام والمفاصل

خريج كلية الطب والصيدلة

بالدار البيضاء

طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس

جراحة كسور العظام والمفاصل

جراحة بالمنظار

جراحة تقويم واستبدال المفاصل

جراحة اليد والأعصاب المحيطة

خشونة المفاصل

طب رياضي

## ORDONNANCE

Casablanca le: 06-05-2013

ADIB MAOUI Yed

①  
SV

Colchicine  
13,400ch

1mg  
103/14

1mg

SV

②

15mg  
61,5

1mg  
07/12

7h, 9h

**PHARMACIE AERIA**

Angle Bd. Abdellah Bencherif

et Bd. L'Aeropostale - Casablanca

Tel: 05 22 12 23 12

د. ارقيبة زكرياء  
جراحة العظام و المفاصل  
Traumatologue - Orthopédiste  
التي إقامه ميسمي رقم 58 الطابق 3  
الدار البيضاء  
Tel: 05 22 10 00 05 / 06 72 83 55 52

سيتي أوفيس إقامة ميسمي رقم 58، الطابق 3 بالمصعد الشقة C12 فوق KFC أمام مرجان الحي الحسني - الدار البيضاء

City Office, 58 Bis Lot. MISSIMI. étg. 3 avec ascenseur, Appt C12, Hay Hassani

(au dessus de KFC, en face Marjane et McDonald's Hay Hassani) Casablanca

☎ 05 22 10 00 05 / 06 72 83 55 52 ✉ rk.zakariaortho@gmail.com

MR ALAOUI ADIB M'HAMED

RES WIAM IMM 4 APPT 2

OULFA

CASA

CASABLANCA PRINCIPAL

20001

Royaume du Maroc



Accusé de Réception



N° de Dossier :

81572824

Date et heure : 20/06/2023 09:52

Nom et prénom Assuré :

ALAOUI ADIB M'HAMED

Immatriculation :

44873255 / 500380851

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

ALAOUI ADIB M'HAMED

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 40110

Valeur en Dirhams :

825,41

Nombre de pièces : 17

Code Etablissement :

Agent de réception : M4M0100

Nom Etablissement :