

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

M22- 0033487

☒ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6328

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

MAHJAJ MOHAMMED

Date de naissance :

27/12/1955

Adresse :

Tél. 0660324282

Total des frais engagés :

#2907,90# 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 :

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 :

CASA

Le : 28/12/2023

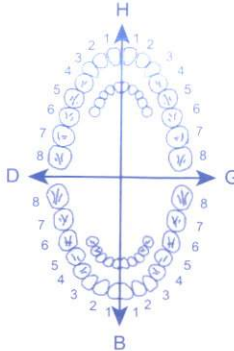
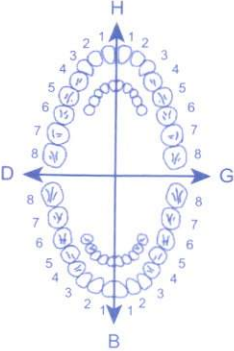
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.				
<b>Important :</b> 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;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412   21433552 00000000   00000000 D ————— G 00000000   00000000 35533411   11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" 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 DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des 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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D ————— G</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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



Dr EL Kouhen Ismail  
Médecin Biologiste  
Ancien interne des Hôpitaux de Paris  
Médaille de la faculté de médecine de Paris Descartes  
Analyses médicales  
Biologie médicale spécialisée  
Assistance Médicale à la Procréation

Prescripteur : Mr le Dr MEDCIN De TRAITA

Dossier N° : **231205005 210818036**

Résultat de : **Mme GHALI Saida**

Né(e) le : 09-02-1968-(55 ans)

CIN : BH81124

Dossier enregistré le : 05-12-2023 à 09:18

Dossier prélevé le : 05-12-2023 à 09:18

**Cholestérol LDL :**

(Calculé selon la formule de Friedwald)

**1.87 g/l**

4.84 mmol/l

Valeur cible du LDL est en fonction du risque cardiovasculaire (RCV/Table SCORE) (HAS 2017)

Risque faible : LDL <1.9

Risque modéré (ex : diabète) : LDL <1.3

Risque élevé (ex : HTA) : LDL <1

Risque très élevé (ex : prévention secondaire) : LDL <0.7

**Triglycérides :**

(Méthode colorimétrique, enzymatique - Cobas® C311)

Sous réserve des conditions pré analytiques

**1.67 g/l**

(<1.50)

1.90 mmol/l

(<1.71)

**Transaminase GOT (ASAT) :**

(Méthode cinétique IFCC - Cobas® C311)

**23 UI/l**

(<35)

**Transaminases GPT (ALAT) :**

(Méthode cinétique IFCC - Cobas® C311)

**22 UI/l**

(<35)

**HORMONOLOGIE**

**BILAN THYROIDIEN**

**TSH ultra-sensible :**

(Méthode ECLIA - Cobas® E411)

**2.53 µUI/ml**

(0.27-4.20)

**VITAMINES**

**25-OH-Vitamine D :**

(Méthode ECLIA - Cobas® E411)

**24.4 ng/ml**

(>30.0)

Valeurs souhaitables: 30-100 ng/ml

Insuffisance: 20-29 ng/ml

Carence: <ou= 20 ng/ml

Validé par : Dr. EL KOUHEN ISMAIL

LABORATOIRE  
EL KOUHEN

52 Bd. Zerkouni (Espace Erreda)  
Tel : 05 22 20 14 19 / 05 22 49 00 75 / 05 22 47 06 39

Dossier N°231205005 de Mme Saida GHALI

52, Boulevard Zerkouni (Espace Erreda) - Casablanca

05 22 20 14 19 / 05 22 49 00 75 / 05 22 47 06 39 labo.elkouhen@gmail.com

PATENTE: 34202771 IF: 40803474 ICF: 002586877000044

Dr EL Kouhen Ismail  
Médecin Biologiste  
Ancien interne des Hôpitaux de Paris  
Médaille de la faculté de médecine de Paris Descartes  
Analyses médicales  
Biologie médicale spécialisée  
Assistance Médicale à la Procréation

Prescripteur : Mr le Dr MEDCIN De TRAITANT

Dossier N° : **231205005** 210818036

Résultat de : **Mme GHALI Saida**

Né(e) le : 09-02-1968-(55 ans)

CIN : BH81124

Dossier enregistré le : 05-12-2023 à 09:18

Dossier prélevé le : 05-12-2023 à 09:18

## BIOCHIMIE SANGUINE

### IONOGRAMME SANGUIN

**Sodium (Na) :**

(Méthode potentiométrique – Cobas® C311)

**134** mmol/l (136-145)

**Potassium (K) :**

(Méthode potentiométrique – Cobas® C311)

**4.4** mmol/l (3.5-5.0)

**Urée :**

(Méthode cinétique – Cobas® C311)

**0.24** g/l (0.15-0.45)  
**4.00** mmol/l (2.50-7.50)

**Créatinine :**

(Méthode enzymatique – Cobas® C311)

**8.30** mg/l (5.10-9.50)  
**73.5** µmol/l (45.1-84.1)

**Glycémie à jeun :**

(Méthode Enzymatique à l'hexokinase – Cobas® C311)

**1.02** g/l (0.70-1.10)  
**5.66** mmol/L (3.89-6.11)

**Hémoglobine glyquée :**

(Méthode Immunturbidimétrie – Cobas® C311)

**5.0** % (<6.0)

Sujet normal : 4 - 6 %  
Diabète équilibré : 6 - 7 %  
Diabète mal équilibré : 7 - 8 %  
Diabète très mal équilibré : >8%

**Cholestérol total :**

(Méthode colorimétrique, enzymatique – Cobas® C311)

Sous réserve des conditions pré analytiques

**2.72** g/l (1.50-2.00)  
**7.04** mmol/l (3.88-5.17)

**Cholestérol HDL :**

(Méthode colorimétrique, enzymatique – Cobas® C311)

**0.52** g/l (>0.50)  
**1.35** mmol/l (>1.29)

LABORATOIRE  
EL KOUHEN  
52 Bd. Zerktouni (Espace Erreda)  
Tel : 05 22 20 14 19 / 05 22 49 00 75 / 05 22 47 06 39  
Fax : 05 22 20 14 19  
06 614 160 150

Dossier N°231205005 de Mme Saida GHALI

52, Boulevard Zerktouni (Espace Erreda) - Casablanca

Page 2 / 3

☎ 05 22 20 14 19 / 05 22 49 00 75 📠 05 22 47 06 39 ✉ labo.elkouhen@gmail.com



Dr EL Kouhen Ismail  
Médecin Biologiste  
Ancien interne des Hôpitaux de Paris  
Médaillé de la faculté de médecine de Paris Descartes  
Analyses médicales  
Biologie médicale spécialisée  
Assistance Médicale à la Procréation

Prescripteur : Mr le Dr MEDCIN De TRAITANT

Dossier N° : **231205005** 210818036

Résultat de : **Mme GHALI Saida**

Né(e) le : 09-02-1968-(55 ans)

CIN : BH81124

Dossier enregistré le : 05-12-2023 à 09:18

Dossier prélevé le : 05-12-2023 à 09:18

**Cher(e) Confrère,** je vous remercie pour votre confiance, et voici les résultats de votre patient.

# HEMATOLOGIE

## Hémogramme

(Sysmex XN-1000)

<b>Leucocytes :</b>	5' 130	/mm <sup>3</sup>	(4 000–10 000)
<b>Hématies :</b>	4.65	M/mm <sup>3</sup>	(4.00–5.30)
<b>Hémoglobine :</b>	13.5	g/dl	(12.0–16.0)
<b>Hématocrite :</b>	40.3	%	(37.0–46.0)
–VGM :	87	μ <sup>3</sup>	(80–100)
–TCMH :	29.0	pg	(27.0–32.0)
–CCMH :	33.5	g/dl	(32.0–36.0)

### Formule leucocytaire

Polynucléaires Neutrophiles :	49.2 %	(40.0–75.0)
Soit :	2 524 /mm <sup>3</sup>	(1 500–7 000)
Lymphocytes :	40.2 %	(20.0–45.0)
Soit :	2 062 /mm <sup>3</sup>	(1 500–4 000)
Monocytes :	8.4 %	(2.0–8.0)
Soit :	431 /mm <sup>3</sup>	(100–1 000)
Polynucléaires Eosinophiles :	1.8 %	(1.0–4.0)
Soit :	92 /mm <sup>3</sup>	(50–500)
Polynucléaires Basophiles :	0.4 %	(0.0–1.0)
Soit :	21 /mm <sup>3</sup>	(0–150)
<b>Plaquettes :</b>	<b>231 000 /mm<sup>3</sup></b>	<b>(150 000–400 000)</b>

LABORATOIRE  
EL KOUHEN

52 Bd. Zerkouni (Esplanade)  
Tel : (015 22 26 14 15)  
(+ 014-169169)

(2)



البيان الدوري لتعويضات التأمين  
الصحي الإجباري

Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين  
الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance  
Maladie Obligatoire  
Réf. : 610-2-06 : مرجع رقم

Emis à : CASABLANCA : أصدر ب :  
Le : 19/12/2023 : بتاريخ :

الصفحة Page 1 / 1

N° d'immatriculation 137770551 رقم التسجيل  
Règlements de la période : من  
du : 18/12/2023 : إلى  
au : 18/12/2023 : أداءات الفترة

المرسل إليه Destinataire  
GHALI SAIDA

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des  
prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la  
période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي  
استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريفية المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الاداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de rembour- sement	Taux de rembour- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
GHALI SAIDA											
145094705	30/11/2023	R400	CARDIOLOGIE	500,00	650,00	1,00	1,00	650,00	70,00	18/12/2023	350,00
145094705	30/11/2023	B	LABORATOIRES D	1939,00	1452,00	1320,00	1,00	1452,00	70,00	18/12/2023	1016,40
145094705	30/11/2023	PH	ANALYSES PHARMACIES D	168,90	0,00	1,00	3,00	0,00	0,00	18/12/2023	118,23
145094705	30/11/2023	CS	OFFICINES CARDIOLOGIE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	18/12/2023	105,00
Total remboursé											1589,63
Total général remboursé											1589,63

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Pour plus d'informations :

merci de visiter notre site Web  
ou le portail des assurés  
ou l'application mobile  
ou appeler notre serveur vocal au numéro  
ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

[www.cnss.ma](http://www.cnss.ma)  
[www.cnss.ma/Portail/](http://www.cnss.ma/Portail/)  
« Ma CNSS »  
080 20 30 100  
080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات:

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني  
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم  
أو تطبيق الهاتف  
أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم  
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام



## Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

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

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

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

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

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

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

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

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

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

## تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

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

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

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

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

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent : .....	Date d'arrivée: .....
Date de dépôt du dossier: .....	تاريخ الإيداع: .....

<p>الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</p> <p>Feuille de Soins Maladie</p> <p>موافقة مسبقة * Entente préalable *</p> <p>تنفيذ * Exécution *</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>مرجع رقم 610-1-02 Réf.</p>
N° Dossier :		
Partie réservée à l'assuré(e) : خاص بالمؤمن له (ها)		
<p>الاسم العائلي والشخصي : GHALI SAIDA</p> <p>رقم التسجيل : 13777055A</p> <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : B14 81124</p> <p>N° CIN :</p> <p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (ها)</p> <p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/></p> <p>Adresse : Rosh Palmiers Trm N°6 Sidi Maarouf CASA</p> <p>العنوان :</p> <p>Montant des frais : 2907,90 Dhs</p> <p>مبلغ المصاريف :</p> <p>عدد الوثائق المرفقة : 09</p> <p>تصريح الطبيب المعالج</p> <p>المستفيد من العلاجات</p> <p>Bénéficiaire de soins</p> <p>Nom et prénom : GHALI SAIDA</p> <p>الاسم العائلي والشخصي :</p> <p>Date de naissance : .....</p> <p>تاريخ الأزيداد :</p> <p>N° CIN : .....</p> <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية :</p> <p>Sexe : M <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى</p> <p>الجنس :</p> <p>INPE et code à barres **</p> <p>الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المسمى **</p> <p>Médecin traitant</p> <p>الطبيب المعالج</p> <p>Etablissement de soins</p> <p>المؤسسة العلاجية</p> <p>Type de soins : نوع العلاجات</p> <p>Hospitalisation <input type="checkbox"/> استشفاء <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> أمومة <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> حادثة <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> مرض</p> <p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p> <p>أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه</p> <p>Fait à : CASA</p> <p>في : 10/12/2023</p> <p>Le : 10/12/2023</p> <p>توقيع المؤمن له</p> <p>Signature de l'assuré(e)</p> <p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p> <p>أصح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه</p> <p>Fait à : CASA</p> <p>في : 13/12/2023</p> <p>Le : 13/12/2023</p> <p>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</p> <p>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>		

\* Cocher la mention utile pour chaque case

\*\* Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Établissements de soins) à côté du code à barres

080 263 3333 - الهاتف  
CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP. 2186 Casa Gare 78100 - الدار البيضاء من 2186 - الدار البيضاء محطة - الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي

Tel: 0522 200 3333







CONCLUSION :

- Insuffisance mitrale discrète .
- Bonne fonction globale et régionale du ventricule gauche .

~~Docteur DOUMENI M. Mounir  
Spécialiste en Cardiologie  
52, Bd Zerktouni, Espace Erreda  
Casablanca  
Tel: 0522 26 10 66 - 0522 26 1067~~

# ECHOCARDIOGRAPHIE DOPPLER TRANSTHORACIQUE

Date : 30.11.2023  
Patient : GHALI-Saida

## MESURES

VENTRICULE GAUCHE  
Diastole : 47 mm  
Systole : 26 mm  
Septum : 8 mm  
Paroi post : 7 mm  
AORTE : 32 mm  
Oreillette G : 32 mm  
INFUND. VG : mm

## FONCTION

SYSTOLE  
Fr. raccourc : 43 %  
Fr. ejection : %  
Débit card : ml/mm  
Index card : ml/mm  
dp /dt VG : mmHg/s  
Masse VG : g  
Index M. VG : g/m<sup>2</sup>

## DIASTOLE

E/A :  
TRIV : ms  
TA / TE :  
Fréq. Card. : batt/r  
RVS :  
RVP :

## ECHO MODE M ET BI-DIMENSIONNELLE

### VENTRICULE GAUCHE

Valve aortique : normale  
Valve mitrale : épaissie  
Cavité : normale  
Epais. Parois : normale  
Dyn. globale : bonne  
Dyn. Segmentaire : homogène

### VENTRICULE DROIT

Valve pulmonaire : normale  
Valve tricuspide : normale  
Cavité : normale  
Parois : normales  
Dynamique : bonne

### OREILLETES

Droite : normale  
Gauche : normale  
Septum interauric : anévrysmal

### PERICARDE

normal

### GRANDS VAISSEAUX

Veine cave inf. : collapsus inspiratoire  
Aorte : normale  
Artère pulmonaire : normale

## DOPPLER SPECTRAL ET COLOR -FLOW

Flux aortique : normal  
Flux mitral : E < A. IM discrète. E/E' : 5  
Flux tricuspide : normal  
Flux pulmonaire : normal



Dr EL Kouhen Ismail  
Médecin Biologiste  
Ancien interne des Hôpitaux de Paris  
Médaillé de la faculté de médecine de Paris Descartes  
Analyses médicales  
Biologie médicale spécialisée  
Assistance Médicale à la Procréation

Dossier N° : **231205005** 210818036  
Résultat de : **Mme GHALI Saida**  
Né(e) le : 09-02-1968-(55 ans)  
CIN : BH81124  
Date d'examen : 05-12-2023

## FACTURE N° : 231205005

CASABLANCA le 05-12-2023

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E25
0147	Transaminases P (TGP)	B50
0146	Transaminases O (TGO)	B50
0111	Créatinine	B30
0106	Cholestérol total	B30
0118	Glycémie	B30
0119	Hémoglobine glycosylée	B100
0131	Potassium	B30
0133	Sodium	B30
0216	Numération formule	B80
0134	Triglycérides	B60
0163	TSH	B250
0135	Urée	B30
	Cholestérol HDL	B50
	Cholestérol LDL calculé	B50
	TITRE BILAN THYROIDIEN	B0
	Vitamine D 25-OH (D2+D3)	B450

Total des B : 1320

TOTAL DOSSIER : 1939 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille neuf cent trente-neuf dirhams

**Dr. BOUKHIMA Naoual**

**Spécialiste en Cardiologie**

Ancienne Assistance au CHU - UCL  
Electrocardiographie de repos et d'effort  
Echocardiographie Doppler Pulse  
Continu Couleur Adulte et Pédiatrique

Echocardiographie Transthoracique  
Transoesophagienne et de stress

Cathétérisme-Etudes Electrophysiologiques  
Holter ECG et Holter Tensionnel

Revalidation Cardiaque et soins intensifs



**الدكتورة بوكخيمة نوال**

اختصاصية في أمراض القلب والشرابين

أستاذة مساعدة سابقا بجامعة لوفن

Espace Erreda, 52, Bd. Zerkoutni - CASABLANCA  
(face au Marché des Fleurs - Tél. : 05 22 26 10 66  
05 22 26 10 67)

مجال الرضا، 52 شارع الزرقطوني - البيضاء  
(مقابل سوق الورود) - الهاتف : 05 22 26 10 66  
05 22 26 10 67

Patient :

Chahine-Elide  
5630x3

Casablanca, le : 30.4.2023

D-CURE\* AMPOULE



6 118001 320080



1 Cure 20-500 mlt  
1 ampoule par semaine  
391.15

D-CURE\* AMPOULE



6 118001 320080



D-CURE\* AMPOULE



6 118001 320080



**Dr. BOUKHIMA Naoual**  
Spécialiste en Cardiologie  
Espace Erreda, 52, Bd. Zerkoutni, Casablanca  
Tél : 05 22 26 10 66 - 05 22 26 10 67

**Mme BENNOUNA Amal Horma**  
Centre Commercial Marjane  
Tél : 05 22 21 19 73 Casablanca



Dr. BOUKHIMA Naoual

Spécialiste en Cardiologie

Ancienne Assistance au CHU - UCL  
Electrocardiographie de repos et d'effort  
Echocardiographie Doppler Pulse  
Continu Couleur Adulte et Pédiatrique

Echocardiographie Transthoracique  
Transoesophagienne et de stress

Cathétérisme-Etudes Electrophysiologiques  
Holter ECG et Holter Tensionnel

Revalidation Cardiaque et soins intensifs

Espace Erreda, 52, Bd. Zerkouni - CASABLANCA  
(face au Marché des Fleurs - Tél. : 05 22 26 10 66  
05 22 26 10 67



الدكتورة بوخيمة نوال

اختصاصية في أمراض القلب والشرابيين

أستاذة مساعدة سابقا بجامعة لوفن

مجال الرضا، 52 شارع الزرقطوني - البيضاء  
(مقابل سوق الورود) - الهاتف: 05 22 26 10 66  
05 22 26 10 67

Patient :

Elhadi. Said

Casablanca, le 30.11.2023

- NFS + v  
- Uec - Creatinine - K<sup>+</sup> - M<sup>+</sup>  
- Glycémie - Hémoglobine  
- Glycémie  
- Cholestérol total - HDL - LDL  
- TG  
- SH vs + vir D  
- GGT -

Dr. BOUKHIMA Naoual  
Spécialiste en Cardiologie  
Zerkouni, Espace Erreda  
Casablanca  
05 22 26 10 66