

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur.

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.

Reéducation :

- 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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Recclamation | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | peo@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@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.

190364
Autres

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique		
Cadre réservé à l'adhérent (e)				
Matricule	6272	Société	RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre		
Nom & Prénom				BOUTIBA HASSAN
Date de naissance				25/06/1959 à CASABLANCA
Adresse				Residence LAYMOUNE "A" LISSASFA 1 ^{er} Etage N° 4 HAY LAYMOUNE CASABLANCA 20190
Tél				06.88.11.86.23
Total des frais engagés				2790,51 Dhs

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin		
COMPLEMENT		
Date de consultation		
Nom et prénom du malade		SOUGRATI ASMA
Lien de parenté		<input type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie		<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
Affection longue durée ou chronique		<input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e)

17/01/2024



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 - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu de préciser la dent traitée. L'acte pratique en indiquant la nature des soins.

Important :

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

(Création, remont, adjonction)

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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, 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.

Instructions à suivre

Transmettre une feuille de soins par personne et par événement.

Il faut également transmettre 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.

Cachet et signature de la mutuelle

Signature et tampon de la mutuelle

Identification de l'agent : Date de dépôt du dossier :

Date de dépôt du dossier : Témoignage :



ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة
Feuille de soins pour les
Affections de longue Durée

التأمين الاجتماعي عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Ref ANAM 11.02.01
مرجع رقم

خاص بالمؤمن له (لها) N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : SOUGRATI ASMA

185 717

332 606 284

31983 16

N° Affiliation :

N° Immatriculation :

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) :

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse : Hay Layouni, résidence Layouni A, appart 40, Casablanca

2730, 51

Montant des frais (Dhs) :

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

SOUGRATI ASMA

24/11/1964

31983 16

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe :

Identification du médecin traitant

N° INP

Type de soins

Admission ALD* :

Oui

Non

N° dossier ALD* :

Code ALD :

Soins ambulatoires*

U

I

II

III

IV

V

Hospitalisation*

U

I

II

III

IV

V

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

Signature de l'assuré(e) : Date d'hospitalisation :

CIM · 1

رد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

نارخ التنفيذ Date d'exécution	العن المفوتر Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو مسون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseur des dispositifs médicaux
27/10/23	Σ 386.00	 PHARMACIE HAY LAYLA 759 d'Aménagement Hay Layla Hay Layla 10200 TAD 022 93.86.84 - Fax 022 93.87.15

09207197

Actes Paramédicaux



Mme SOUGRATI ASMA EP BOUTIBA

Dossier N° :271023-001

Page : 2/2

ANALYSES DE BIOCHIMIE (SANG)

HEMOGLOBINE GLYQUÉE
(HPLC /D10 BIORAD/ Paramètre Accrédité (depuis 24/01/2022))

5,50 %

Valeurs Usuelles

(4 - 6)

Antériorité

Ø Pour un Diabète de type 2 :

étraité par antidiabétiques oraux,

le taux d'HbA1c doit être < à 6,5% (ou 7% selon le type de traitement)

étraité par insuline,

le taux d'HbA1c doit être < à 7%.

édu sujet très âgé,

le taux d'HbA1c doit être < à 8%

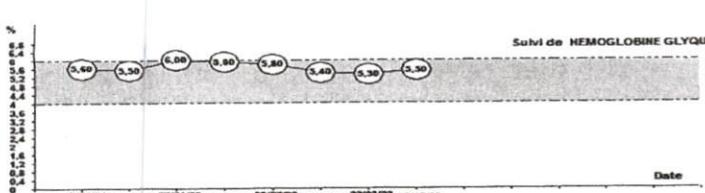
Ø Pour un Diabète de type 1,

le taux d'HbA1c doit être compris entre 7 et 7,5%.

Attention, ces chiffres varient en fonction du type de diabète, du traitement, de l'âge et des complications

Toute hémorragie ou hémolyse, entraînant un renouvellement accéléré des hématies, diminue fortement le taux d'HbA1C

En cas d'insuffisance rénale, l'HbA1c est souvent surestimé



5,30 (22/03/23)
5,40 (07/12/22)
5,80 (05/07/22)
5,90 (08/04/22)
6,00 (07/01/22)
5,50 (21/09/21)
5,60 (17/06/21)~~~

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

A/I/P/S
V:B/L:

Biologiste assistant

Dr Y.Bellamine

LABORATOIRE GÉNÉLAB
Oum Rabiaâ
M. BENAZZOUZ
Rés. Abouab Oum Rabiaâ El Oulfa - CASA
Tél : 05 22 93 10 61 - Fax : 05 22 93 10 61
P.T : 36051078 - I.C.E : 001084109000068

Laboratoire Génélab
Oum Rabiaâ
M. BENAZZOUZ
Rés. Abouab Oum Rabiaâ El Oulfa - CASA
Tél : 05 22 93 10 61 - Fax : 05 22 93 10 61
I.C.E : 001084109000068

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

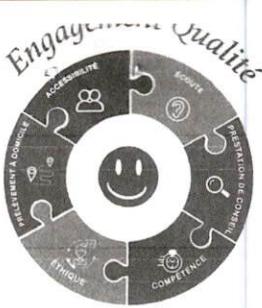
NB : (*) = paramètre accrédité

شارع أم الريـع .الـافتـة . (أمام مـقر الخطـوط السـلكـية المـغـرـبية) . إقـامـة أـبـوـابـ أمـ الـريـع . عـمـارـةـسـ . الدـارـالـبـيـضاـءـ

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

INPE : 097163968 - ICE : 001084109000068 - ت.م : Patente : 35051078 - Fax : 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 التحاليل الطبية جنيلاب "أم الريان"
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 : SO-DO

Tél : Fax :
Casablanca
Edité le : 27/10/2023



Mme SOUGRATI ASMA EP BOUTIBA

Date naissance: 24/11/1964

Code Patient : 310I5629

INPEGENELAB : 093001394

INPE Bio : 097163968

IF : 51485800

Réf : 271023-001



Dossier créé le : 27/10/2023

Heure création: 7:30:

Patient prélevé le : 27/10/2023

Heure Plvt : 7:31:

Page : 1/2

ANALYSES DE BIOCHIMIE (SANG)

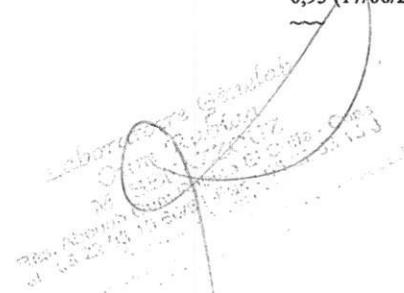
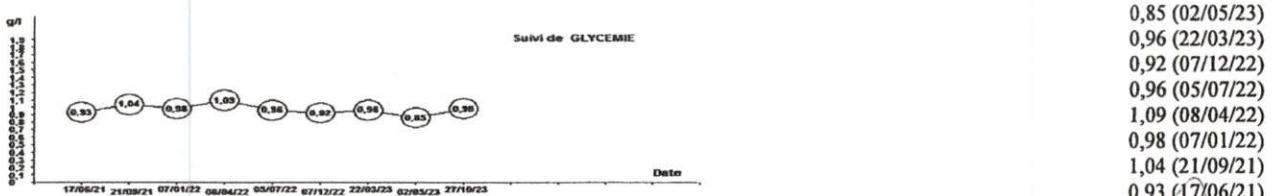
Valeurs Usuelles

Antériorité

GLYCEMIE : 0,98 g/l
(Beckman Coulter AU480 / Paramètre Accrédité (depuis 24/01/2022)) 5,44 mmol/l

Les valeurs normales chez :

- Une femme Non enceinte sont de 0.74 à 1.06 g/l soit 4.1 à 5.9 mmol/l
- Une femme Enceinte sont de ≤ 0.92 g/l soit 5.12 mmol/l



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

NB : (*) = paramètre accrédité

شارع أم الريان - الالفة - (أمام مقر الخطوط الملكية المغربية) - إقامة أبواب أم الريان - 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 - الالناتا : 35051078 - Patente : 05 22 93 10 61 - Fax. : 05 22 93 10 61

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

Docteur Mohamed BENAZZOUZ

Pharmacien Biogiste

Téléphone : 05 22 93 10 60/0522905937/ Fax : 05 22 93 10 61

Mobile bureau : 0661763068/Watsapp 0676845202

Bd.Oum Rabiaâ EL Oulfa (En face siège R.A.M)- Rce Abouab Oum Rabiaâ, Imm "C" - Casablanca,
genelab2@gmail.com

ICE:001084109000068 - Patente : 35051078 - INPE_bio : 097163968 - INPE_lab : 093001394- IF : 51485800

FACTURE

Casablanca , le 27/10/2023

Facture N° 271023-001 du 27/10/2023

CNOPS

Dr : SO-DO

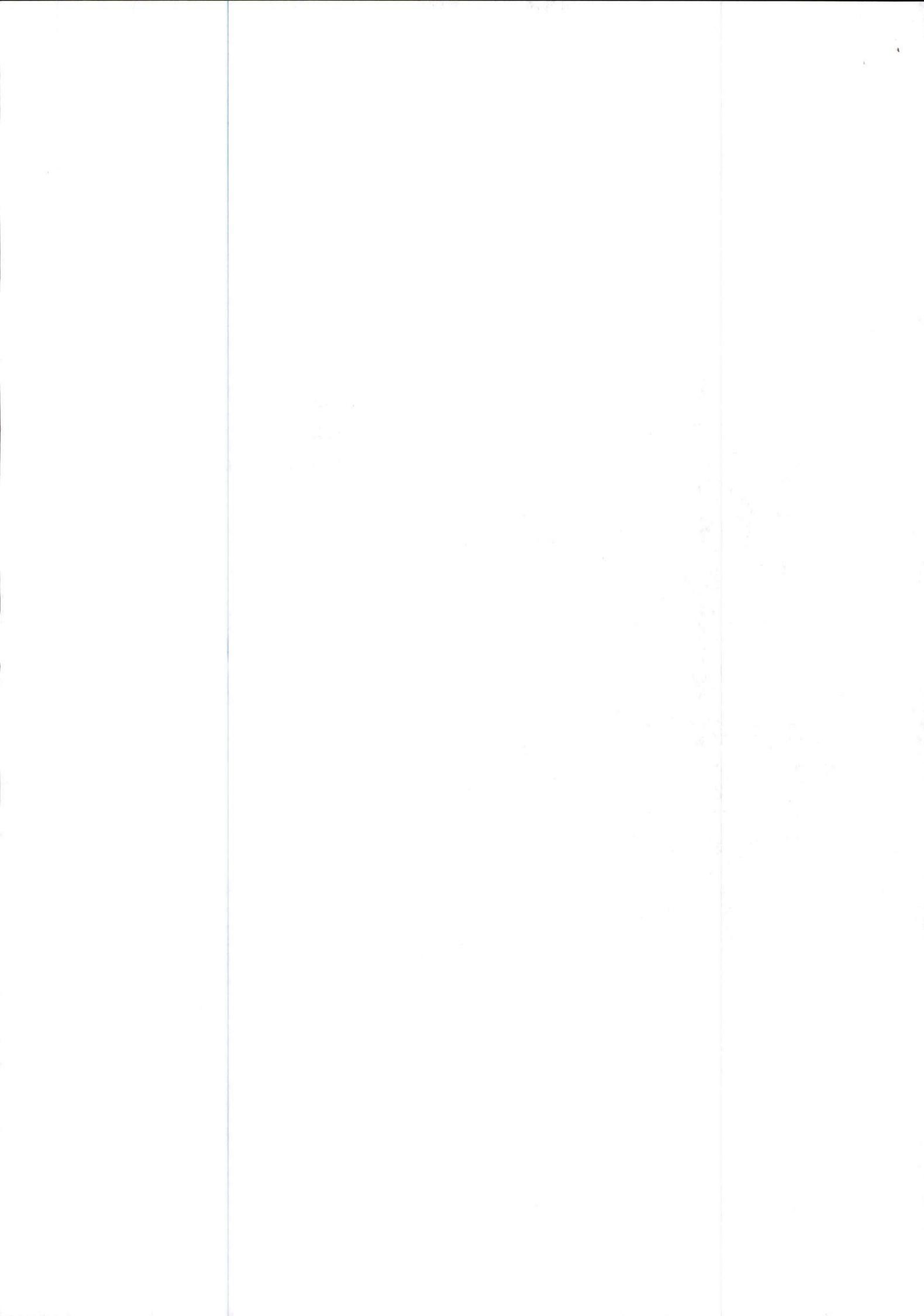
N°Bon de soin Mle

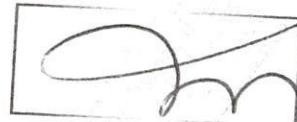
Patient : Mme SOUGRATI ASMA EP BOUTIBA

Analyses	Valeur en B	Montant
GLYCEMIE	30	33,00
HEMOGLOBINE GLYQUEE A1C	100	110,00
Total B	130	143,00
APB	1,0	11,51
Total		154,51

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cent cinquante-quatre dirhams 51 centimes***

Docteur Mohamed BENAZZOUZ
Bd. Oum Rabiaâ EL Oulfa - Casablanca
Téléphone : 05 22 93 10 60/61 Fax : 05 22 93 10 61
Mobile : 0661763068/Watsapp 0676845202
Email : genelab2@gmail.com
Patente : 35051078
ICE:001084109000068





BILAN BIOLOGIQUE

Nom/Prénom : SOUBRATI As Le : 27/10/2023
Age : Sexe : H [] F []

Hématologie

- NFS
- Plaquettes
- VS
- CRP
- Hémoculture + Antibiogramme

Bilan martial

- Fer sérique
- CTF
- Ferriliné
- Transferrine

Hémostase

- Temps de prothrombine
- TCK
- Fibrinogène
- INR

Bilan glycémique

- Glycémie à jeun GPP
- HGPO 75 g
- Hémoglobine glyquée

Ionogramme sanguin

- Na⁺
- K⁺
- Cl⁻
- Ca⁺⁺
- Phosphore
- Mg⁺⁺
- Bicarbonates (HCO₃⁻)
- Urée
- Créatinine
- Acide urique

Examen des urines

- Protéinurie des 24h
- ECBU + Antibiogramme
- Microalbuminurie des 24h
- Microalbuminurie sur échantillon d'urine du matin

Autres :

Fonction hépatique et enzymologie

- Amylasémie
- Bilirubine libre et conjuguée
- Phosphatases Alcalines
- Lactate Déshydrogénase LDH
- Transaminases ASAT, ALAT
- Gamma-GT
- CPK (Créatine Phosphokinase)
- Troponine
- Electrophorèse des protéines EPP
- BNP

Bilan lipidique

- Cholestérol total
- Cholestérol HDL
- Cholestérol LDL
- Triglycérides

Groupage sanguin

- ABO
- Rhésus
- RAI

Bilan thyroïdien

- T3L
- T4L
- TSH
- Ac Anti - TPO
- Ac Anti - TG
- TRAK

Ionogramme urinaire

- Ca⁺⁺
- Phosphore
- Na⁺
- K⁺
- Cl⁻
- Urée
- Créatinine

Exploration de la prostate

- PSA



Dr. Yasmine Driouich

• Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie
Nutrition et Maladies Métaboliques
• Diplômée de la Faculté de Médecine et
de Pharmacie de Casablanca



الدكتورة ادريوش ياسمين

احصالية تهم اداره، التغذية، السكري
والتنفسية، امراض الدهن،
دربكة، امراض العصب، الصيدلانية
بالدار البيضاء

Casablanca, le

29/09/2023

N° = SOUVERAINE

Victoza®
6 mg/ml
Solution injectable
2 stylos pré-remplis 3 ml
PPV : 1193,00 DHS



6 118001 121403

8-9695-73-280-3

Victoza®
6 mg/ml
Solution injectable
2 stylos pré-remplis 3 ml
PPV : 1193,00 DHS



6 118001 121403

8-9695-73-280-3

1193,00 x 2

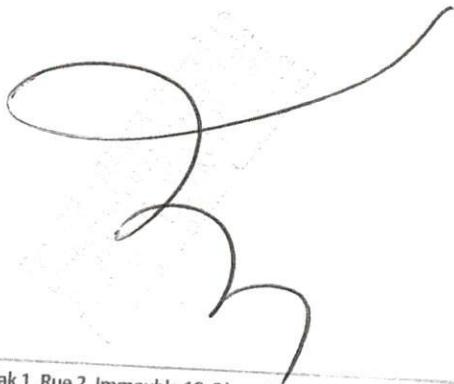
(AS)

1) Victoza injectable 0,6 UI

injekt / j pdt 4 mois

2386.00

Dr. Yasmine Driouich
Téléphone : 05 22 900 909 - Fax : 022 922 916



📍: Route Sidi Al Khadir, Al Wifak 1, Rue 2, Immeuble 19, 2ème étage, N°5, Oulfa - Casablanca
☎: 05 22 900 909 - Whatsapp : 06 60 78 88 97 - ✉: driouich.yasmine@gmail.com

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)

formation

ENREGISTRE **2**

PAYE

RETOUR POUR COMPLÉMENT **2**

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
2	-	02/01/2024	Virement	-	6 247,71	4	425,86	4
						345,50		771,36
13844504	31/10/2023	Payé en : 63 jours		SOUGRATI ASMA	3 457,20	2	8,50	2
						432,90		441,40
3874095	01/11/2023	Payé en : 62 jours		SOUGRATI ASMA	2 790,51	1	417,36	2
						912,60		329,96



MME SOUGRATI ASMA

LOT IBN KHALDOUN 2 LES

LAIMOUNE 01 APP 104

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI

20000

N° de Dossier :

83874095

Date et heure : 01/11/2023 09:46

Nom et prénom Adresse

SOUGRATI ASMA

Immatriculation :

93606284 / 090127263

Nom et prénom Benefiaire/Rang:

SOUGRATI ASMA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception

CASA 90171

Valeur en Dirhams

2.790,51

Nombre de pièces : 5

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE489

Nom Etablissement :