

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.

Biologie 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.

Educational :

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.

Prothèse :

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

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



61756

Déclaration de Maladie : N° P19-0019723

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5011 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NIKMOUKE Date de naissance :

Adresse : HS la même

Tél. 06 64 16 030 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CAS Le : 03/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)

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 الإثباتية 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.

الآخطار 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.

<p>الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</p> <p>Feuille de Soins Maladie</p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p>	<p>رجع رقم 610-1-02 Réf. ANAM : 1.2.01.01</p>
	<p>موافقة مسبقة Entente préalable *</p>	<p>تنفيذ Exécution *</p>		

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي : **ARBAS Noureddine**

رقم التسجيل : **1A73353212**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **B-1A381-216**

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) :

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

العنوان : **Ap la même**

مبلغ المصاريف : **519820hs**

عدد الوثائق المرفقة : **20**

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : **ARBAS Noureddine**

تاريخ الأزيد : **05/12/1977**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **B-1A381-216**

الجنس : **مذكر**

الرقم الوطني الاستدالي والبطاقة : **091209148**

INPE et code à barres

مédecin traitant

المؤسسة العلاجية

نوع العلاجات

Maladie ☒ مرض

Accident ☐ حادث

Amومة ☐ أمومة

استشفاء ☐ استشفاء

Hospitalisation ☐ Hospitalisation

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : **25/12/2016**

Le : **25/12/2016**

توقيع المؤمن له

Signature de l'assuré(e)

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

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

الاسم العائلي والشخصي : **ARBAS Noureddine**

رقم التسجيل : **1A73353212**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **B-1A381-216**

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) :

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

العنوان : **Ap la même**

مبلغ المصاريف : **519820hs**

عدد الوثائق المرفقة : **20**

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : **ARBAS Noureddine**

تاريخ الأزيد : **05/12/1977**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **B-1A381-216**

الجنس : **مذكر**

الرقم الوطني الاستدالي والبطاقة : **091209148**

INPE et code à barres

مédecin traitant

المؤسسة العلاجية

نوع العلاجات

Maladie ☒ مرض

Accident ☐ حادث

Amومة ☐ أمومة

استشفاء ☐ استشفاء

Hospitalisation ☐ Hospitalisation

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : **25/12/2016**

Le : **25/12/2016**

توقيع المؤمن له

Signature de l'assuré(e)

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

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

الاسم العائلي والشخصي : **ARBAS Noureddine**

رقم التسجيل : **1A73353212**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **B-1A381-216**

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) :

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

العنوان : **Ap la même**

مبلغ المصاريف : **519820hs**

عدد الوثائق المرفقة : **20**

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : **ARBAS Noureddine**

تاريخ الأزيد : **05/12/1977**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **B-1A381-216**

الجنس : **مذكر**

الرقم الوطني الاستدالي والبطاقة : **091209148**

INPE et code à barres

مédecin traitant

المؤسسة العلاجية

نوع العلاجات

Maladie ☒ مرض

Accident ☐ حادث

Amومة ☐ أمومة

استشفاء ☐ استشفاء

Hospitalisation ☐ Hospitalisation

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : **25/12/2016**

Le : **25/12/2016**

توقيع المؤمن له

Signature de l'assuré(e)

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

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

الاسم العائلي والشخصي : **ARBAS Noureddine**

رقم التسجيل : **1A73353212**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **B-1A381-216**

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) :

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

العنوان : **Ap la même**

مبلغ المصاريف : **519820hs**

عدد الوثائق المرفقة : **20**

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : **ARBAS Noureddine**

تاريخ الأزيد : **05/12/1977**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **B-1A381-216**

الجنس : **مذكر**

الرقم الوطني الاستدالي والبطاقة : **091209148**

INPE et code à barres

مédecin traitant

المؤسسة العلاجية

نوع العلاجات

Maladie ☒ مرض

Accident ☐ حادث

Amومة ☐ أمومة

استشفاء ☐ استشفاء

Hospitalisation ☐ Hospitalisation

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : **25/12/2016**

Le : **25/12/2016**

توقيع المؤمن له

Signature de l'assuré(e)

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

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

الاسم العائلي والشخصي : **ARBAS Noureddine**

رقم التسجيل : **1A73353212**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **B-1A381-216**

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) :

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

العنوان : **Ap la même**

مبلغ المصاريف : **519820hs**

عدد الوثائق المرفقة : **20**

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : **ARBAS Noureddine**

تاريخ الأزيد : **05/12/1977**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **B-1A381-216**

الجنس : **مذكر**

الرقم الوطني الاستدالي والبطاقة : **091209148**

INPE et code à barres

مédecin traitant

المؤسسة العلاجية

نوع العلاجات

Maladie ☒ مرض

Accident ☐ حادث

Amومة ☐ أمومة

استشفاء ☐ استشفاء

Hospitalisation ☐ Hospitalisation

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : **25/12/2016**

Le : **25/12/2016**

توقيع المؤمن له

Signature de l'assuré(e)

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

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

الاسم العائلي والشخصي : **ARBAS Noureddine**

رقم التسجيل : **1A73353212**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **B-1A381-216**

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) :

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

العنوان : **Ap la même**

مبلغ المصاريف : **519820hs**

عدد الوثائق المرفقة : **20**

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : **ARBAS Noureddine**

تاريخ الأزيد : **05/12/1977**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **B-1A381-216**

الجنس : **مذكر**

الرقم الوطني الاستدالي والبطاقة : **091209148**

INPE et code à barres

مédecin traitant

المؤسسة العلاجية

نوع العلاجات

Maladie ☒ مرض

Accident ☐ حادث

Amومة ☐ أمومة

استشفاء ☐ استشفاء

Hospitalisation ☐ Hospitalisation

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : **25/12/2016**

Le : **25/12/2016**

توقيع المؤمن له

Signature de l'assuré(e)

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

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

الاسم العائلي والشخصي : **ARBAS Noureddine**

رقم التسجيل : **1A73353212**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **B-1A381-216**

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) :

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

العنوان : **Ap la même**

مبلغ المصاريف : **519820hs**

عدد الوثائق المرفقة : **20**

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : **ARBAS Noureddine**

تاريخ الأزيد : **05/12/1977**

CIM-10			
--------	--	--	--

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
Date d'exécution تاريخ التنفيذ	Prix facturé الـثمن المفوتر	Livraison et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux توليع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية
27 / 12 / 2020	597,70	 Dr. Amal Hammad Al-Anatoni D'act. Méd. en Pharmacie 47 Boulevard de l'ANTONIN 81022-2507 - Casablanca
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _		
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _		
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإلزامي RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الاجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإلزامي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-2-06 : REF
	Référence structurée : 210202170402762	Emis à Casablanca le : 2020	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة ARRAS NOUREDDINE RESID FATIMA ZAHRA II RUE DES ROSES ANGLE BD AMAR EL KHAYAM CASABLANCA 2020 N° d'immatriculation : 173353212 Règlement du mois : 02/2021 Mode de paiement : Virement		
Informations :			

مرجع الإشعار بالاستلام	تاريخ العلاج	العمليات	مهنو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	مبلغ التعويض
Référence accusé de réception	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Montant remboursé
ARRAS NOUREDDINE										
076495420	27/12/2020	PJ	HOPITAL CHEIKH KHALIFA	300,00	550,00	1,00	1,00	550,00	70	210,00
076495420	27/12/2020	Z	HOPITAL CHEIKH KHALIFA	2 500,00	2 200,00	1,00	1,00	2 200,00	70	1 540,00
076495420	27/12/2020	K	HOPITAL CHEIKH KHALIFA	100,00	100,00	1,00	1,00	100,00	70	70,00
076495420	27/12/2020	PH	HOPITAL CHEIKH KHALIFA	71,16	56,63	1,00	1,00	56,63	70	39,64
076495420	27/12/2020	B	BIOLOGIE	1 629,40	1,10	160,00	1,00	1 276,00	70	893,20
076495420	27/12/2020	PH	PHARMACIE	337,70	337,70	1,00	1,00	337,70	70	236,39
076495420	27/12/2020	PHN	PHARMACIE	260,00	78,00	1,00	1,00	78,00	00	0,00
071049680	31/12/2020	CG	MEDECIN SPECIALISTE	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	00	0,00
071049680	31/12/2020	KE	MEDECIN SPECIALISTE	900,00	650,00	1,00	1,00	650,00	70	455,00
071049680	31/12/2020	K	MEDECIN SPECIALISTE	800,00	650,00	1,00	1,00	650,00	70	455,00
071049680	31/12/2020	PH	MEDECIN SPECIALISTE	99,00	99,00	1,00	1,00	99,00	70	69,30
Total remboursé pour NOUREDDINE										3 968,53
Total général remboursé										3 968,53

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Commentaire 27/12/2020



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة
علاج تكوين بحث



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

27/12/2020

Après le déjeuner



2000287648 / H0120034002

Prénom : NOUREDDINE

Nom : ARRAS

DDN : 05/12/1957 E: 27/12/2020

Service : URGENCES (NA)

PAYANT
Sexe: M

- PSA
- TTHos
- NFS, p_q - VS
- ALAT, ASAT
- ur, creat, K⁺, Na⁺, Ca²⁺
- Gf_{cr} j_{ur}, HbA_{1c}
- Cr, TG, de urif_{cr}

Dr. HADADI Abdelaziz
Cardiologue
Tél: 06 71 96 89 27

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc
Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

LABORATOIRE HAIZOUN D'ANALYSES MEDICALES

396 Bd. El Fida 1er étage
CASABLANCA
Tél. : 05 22 28 10 61

Dr HAIZOUN Adil
Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Nancy (FRANCE)
Spécialiste en Biologie Médicale

Casablanca le 29 décembre 2020

Monsieur ARRAS NOUREDDINE

FACTURE N° 50584

Analyses :

Numération formule sanguine -----	B	80	
Vitesse de sédimentation -----	B	30	
Sodium -----	B	30	
Potassium -----	B	30	
Calcium -----	B	30	
Glycémie (à jeûn) -----	B	30	
Hémoglobine glycosylée -----	B	100	
Urée -----	B	30	
Créatinine -----	B	30	
Acide urique -----	B	30	
Cholestérol total -----	B	30	
Triglycérides -----	B	60	
Transaminases OT -----	B	50	
Transaminases PT -----	B	50	
Thyreostimuline (TSH us) -----	B	250	
PSA totale -----	B	300	Total : B 1160

Prélèvements :

Sang----- Pc | 1,5 |

Prélèvement à domicile + 50 Dh

TOTAL DOSSIER

1 629,40 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Mille Six Cent Vingt Neuf Dirhams et Quarante Centimes

LABORATOIRE HAIZOUN
D'ANALYSES MEDICALES
396, Bd. El Fida, CASABLANCA - MAROC
Tél. : 0522 28 10 61 - GSM : 0631 05 10 73
E-mail : haizounadil@netmaroc.ma

LABORATOIRE HAIZOUN D'ANALYSES MEDICALES



مختبر حيزون
لتحليلات الطبية

Hématologie - Biochimie - Bactériologie - Mycologie - Parasitologie - Immunologie
Virologie - PMA (Biologie de la Reproduction : IAC, FIV, ICSI) Cryoconservation

Docteur HAIZOUN Adil
BIOLOGISTE

- Diplômé de la Faculté de Nancy (France)
- Spécialiste en Biologie Médicale
- Diplôme de Medecine et Biologie de la Reproduction (Paris VI)

Dossier ouvert le : 29/12/20
Prélèvement effectué à 12:47
Edition du : 29/12/20

Monsieur ARRAS NOUREDDINE

Réf. : 20L2275

Page : 1/3

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

(sur automate d'hematologie SYSMEX XS-1000i)

GLOBULES ROUGES

Hématies -----	5,76	M/mm ³	4,3 - 5,76
Hémoglobine -----	17,3 *	g/100 ml	13,5 - 17,2
Hématocrite -----	51,3 *	%	39,5 - 50,5
- V.G.M. -----	89,1	μ ³	80 - 99
- T.C.M.H. -----	30,0	pg	27 - 33,5
- C.C.M.H. -----	33,7	g/100 ml	30 - 36

GLOBULES BLANCS

Numération des leucocytes -----	7 960	/mm ³	3900 - 10200
Formule leucocytaire			
Polynucléaires Neutrophiles -----	59,6	%	50 - 70
Soit :	4 744	/mm ³	1500 - 7700
Polynucléaires Eosinophiles -----	1,5	%	1 - 3
Soit :	119	/mm ³	40 - 300
Polynucléaires Basophiles -----	0,1	%	< 1
Soit :	8	/mm ³	< 100
Lymphocytes -----	29,5	%	20 - 40
Soit :	2 348	/mm ³	1500 - 4000
Monocytes -----	9,3	%	1 - 10
Soit :	740	/mm ³	40 - 800

PLAQUETTES

Résultat -----	221 000	/mm ³	150000 - 450000
----------------	---------	------------------	-----------------

VITESSE DE SEDIMENTATION

1 ^{ère} heure -----	7	mm	
2 ^{ème} heure -----	16	mm	
Age -----	63	ans	

Normales

Les valeurs limites de la normalité:

Pour les hommes : VS = Age en années/2

Pour les femmes : VS = Age en années (+10)/2

Ouverture:
Tous les jours
de 7h à 19h,
Samedi

Prélèvements à domicile sur rendez-vous

LABORATOIRE HAIZOUN
D'ANALYSES MEDICALES
206 Bd. El Fida, CASABLANCA - MAROC
Tél. : 0522 28 10 61 - GSM : 0690 05 74 73
E-mail : haizounadil@menara.ma

LABORATOIRE HAIZOUN D'ANALYSES MEDICALES



مختبر حيزون
لتحليلات الطبية

Hématologie - Biochimie - Bactériologie - Mycologie - Parasitologie - Immunologie
Virologie - PMA (Biologie de la Reproduction : IAC, FIV, ICSI) Cryoconservation

Docteur HAIZOUN Adil
BIOLOGISTE

- Diplômé de la Faculté de Nancy (France)
- Spécialiste en Biologie Médicale
- Diplôme de Médecine et Biologie de la Reproduction (Paris VI)

Monsieur ARRAS NOUREDDINE

Dossier ouvert le : 29/12/20
Prélèvement effectué à 12:47
Edition du : 29/12/20

Réf : 20L2275

Page : 2/3

BIOCHIMIE SANGUINE

Normales

<u>Sodium</u> ----- :	142	mmol/l	135 - 145
Soit :	3,24	g/l	3,1 - 3,3
<u>Potassium</u> ----- :	4,3	mmol/l	3,5 - 5,1
Soit :	0,17	g/l	0,14 - 0,2
<u>Calcium</u> ----- :	89	mg/l	86 - 103
Soit :	2,23	mmol/l	2,15 - 2,58
<u>Glycémie à jeun</u> ----- :	1,13 *	g/l	0,7 - 1,1
Soit :	6,3	mmol/l	3,88 - 6,11
<u>Hémoglobine glycosylée</u> ----- :	7,40 *	%	4 - 6,5

(Par CLHP sur D-10® Bio-Rad)

La diminution de durée de vie des hématies est la cause de la sous-estimation de la valeur de l'hémoglobine glyquée : (anémie, saignement aigu, transfusion...). Les hémoglobines anormales sont responsables d'erreurs par excès (HbF, HbH) ou par défaut (HbS, HbC, HbD, HbE). En cas d'insuffisance rénale, l'hémoglobine glyquée est le plus souvent surestimée à cause de Hb carbamylée. Autres facteurs Hyperbilirubinémie + Hypertriglycéridémie + Splénectomie + Age (> 70 ans) + Grossesse + Peuvent faussement élever ou abaisser la valeur de l'HbA1c.

Le dosage de la fructosamine est un recours intéressant chez ces patientes.

<u>Urée</u> ----- :	0,35	g/l	0,15 - 0,45
Soit :	5,83	mmol/l	2,5 - 7,5
<u>Créatinine</u> ----- :	11,4	mg/l	6 - 13
Soit :	100,9	μmol/l	53 - 115
<u>Acide urique</u> ----- :	60	mg/l	< 70
Soit :	357	μmol/l	< 416
<u>Cholestérol Total</u> ----- :	2,38 *	g/l	< 2
Soit :	6,13	mmol/l	< 5,15
<u>Triglycérides</u> ----- :	1,44	g/l	0,4 - 1,6
Soit :	1,65	mmol/l	0,46 - 1,83
<u>Transaminases - SGOT / ASAT</u> ----- :	17	UI/l	< 34
<u>Transaminases - SGPT / ALAT</u> ----- :	15	UI/l	< 45

Ouverture:
Tous les jours
de 7h à 19h,
Samedi

Prélèvements à domicile sur rendez-vous

LABORATOIRE HAIZOUN
D'ANALYSES MEDICALES
396, Bd. El Fida, CASABLANCA - MAROC
Tél. : 0522 28 10 61 - GSM : 06 74 73
E-mail : haizounadil@tenara.ma

LABORATOIRE HAIZOUN D'ANALYSES MEDICALES



مختبر حيزون
لتحليلات الطبية

Hématologie - Biochimie - Bactériologie - Mycologie - Parasitologie - Immunologie
Virologie - PMA (Biologie de la Reproduction : IAC, FIV, ICSI) Cryoconservation

Docteur HAIZOUN Adil
BIOLOGISTE

- Diplômé de la Faculté de Nancy (France)
- Spécialiste en Biologie Médicale
- Diplôme de Médecine et Biologie de la Reproduction (Paris VI)

Monsieur ARRAS NOUREDDINE

Dossier ouvert le : 29/12/20
Prélèvement effectué à 12:47
Edition du : 29/12/20

Réf : 20L2275

Page : 3/3

HORMONOLOGIE

Normales

Thyreostimuline (TSH us) ----- : 1,73 mUI/l

(Technique Chimiluminescence E411 Roche)

Valeurs usuelles

Euthyroïdie	:	0,25- 5	mUI/l
Hyperthyroïdie	:	< 0,15	mUI/l
Hypothyroïdie	:	> 7	mUI/l
chez le nouveau né	:	60 - 90 mUI/l	(puis normalisation vers le 3ème ou 4ème jour)

MARQUEURS

ANTIGENE SPECIFIQUE DE LA PROSTATE

P.S.A. Total ----- : 15,070 * ng/ml < 4

(Méthode E.L.F.A.)

Le toucher rectal, le massage prostatique, une cytoscopie, une échographie transrectale, une biopsie, augmentent transitoirement le taux de PSA.

Ouverture:
Tous les jours
de 7h à 19h,
Samedi

Prélèvements à domicile sur rendez-vous

LABORATOIRE HAIZOUN
D'ANALYSES MEDICALES
396, Bd. El Fida, CASABLANCA - MAROC
Tél : 0522 28 10 61 - GSM : 0696 05 74 77
E-mail : haizounadil@menara.ma



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL
SOINS

2000287648 / H0120034002
Prénom : NOUREDDINE
Nom : ARRAS
DDN : 05/12/1957 E: 27/12/2020
Service : URGENCES (NA)

PAYANT
Sexe: M

SERVICE DES URGENCES

قسم المستعجلات

Coller Etiquette

Nom et prénom

Casablanca le

BILAN

RADIOLOGIQUE

Age :

Poids : Kg

Sexe : ☐ M ☐ F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

63 ans HIA + Labact + AVC + AOMI
Vehicules + Traumatisme Rec AITL échouée

• RADIO STANDARD :

☐ FACE

☐ PROFIL

• ECHOGRAPHIE :

• SCANNER :

☐ Avec injection

☐ Sans injection

Créat :

BHCG : ☐ Positive

☐ négative

• IRM

: Cerveau

☐ Pacemaker

☐ Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des
urgences

Tél.: 06 71 56 89 31

SERVICE DES URGENCES

Casablanca, le 24/12/22

COMPTE RENDU



2000287648 / H0120034002

Prénom : NOUREDDINE

Nom : ARRAS

DDN : 05/12/1957 E: 27/12/2020

Service : URGENCES (NA)



PAYANT

Sexe: M

Je soussigné,

Certifie avoir examiné

Mr/Mme

Le : 24/12/22

Admis(e) au service des urgences

Se plaignant de

vertiges, maux de tête, pic hypotension

Patient(e) a bénéficié d'un

Traitement symptomatique

Bilan Biologique

Bilan Radiologique :

- Radio
- Echographie
- Scanner
- IRM *Cérébrale*
- Autres :

Patient(e) a déclaré(e) :

- Sortant(e)
- Hospitalisé(e)
- Décès

Cachet du Médecin

*Dr. HADADI Abdelaziz
Cardiologue
TEL: 06 71 96 89 37*



Casablanca , le 27/12/2020

PATIENT : ARRAS NOUREDDINE

IRM CEREBRALE

TECHNIQUE :

- Acquisitions avec une IRM 1.5 par des coupes d
- ans les 3 plans en séquences de diffusion, T1, T2, Flair et angio IRM artérielle en mode TOF sans injection du produit de contraste.

RESULTATS :

- **A l'étage sus tentorial :**
 - Absence de signe d'ischémie ni d'hémorragie aigue.
 - Petite plage en hypersignal Flair occipitale gauche d'allure ischémique séquellaire.
 - Lésions punctiformes en hypersignal Flair de la substance blanche périventriculaire d'allure vasculaire chronique.
 - Système cisterno-ventriculaire de taille et de morphologie normales.
 - Structures médianes en place.
 - Aspect perméable des structures artérielles intra crâniennes.
- **A l'étage sous tentorial :**
 - Absence d'anomalie parenchymateuse bulbo-protubérantielle ou hémisphérique cérébelleuse.
 - V4 en position médiane non dilatée.
 - Charnière cervico-occipitale d'aspect normal.

CONCLUSION :

- Absence de signe d'ischémie ni d'hémorragie aigue.

Signé : Dr MAHLAOUI
Dr. Jamal MAHLAOUI
Médecin Radiologue



Date : 27.11.2026

Quittance - Paiement espèces


0531906

IPP :

N° D'admission : Montant : 1711 26

Patient : Nouredine A. Mas

Cachet



HÔPITAL CHEIKH KHALIFA
Admission - Facturation

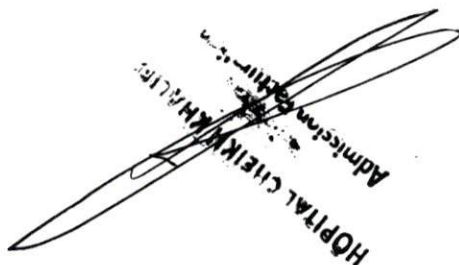
F A C T U R E

N°: 128119 / 2020 du 27/12/2020

Nom patient	ARRAS NOUREDDINE	Entrée	27/12/2020
	PAYANTS	Sortie	27/12/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- IRM cérébrale	1,00		2 500,00	2 500,00
- Consultation initiale d'urgences hors déchocage	1,00		100,00	100,00
- Consultation de spécialiste en urgence	1,00		200,00	200,00
ECG	1,00		100,00	100,00
			<i>Sous-Total</i>	2 900,00
PHARMACIE	1,00		71,16	71,16
			<i>Sous-Total</i>	71,16
Total Clinique				2 971,16

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	
DEUX MILLE NEUF CENT SOIXANTE ET ONZE DIRHAMS SEIZE CENTIMES	Total 2 971,16



HOPITAL CHEIKH RAHALLAH

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2012271231167990 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000287648	ARRAS NOUREDDINE	27/12/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	948	2 800,00
PAYANT	Total payé	2 800,00
DEUX MILLE HUIT CENTS D		

Reçu établi par : MOILRHO



مركز التجهيزات

27/12/20 12:28:21
9900397937
93979301
HOP CHEIKH KHALIFA G6
Casablanca

A0000000032010
APP : VISA ELECTRON
ARRAS/HAYAT.MLLE
xxxxxxxxxxxx4643
05/21 CARTE NATIONALE
8D9B5B6B652367DD
626-0-9999-1-44

MONTANT: 2800,00 MAD
NUM TRANSACTION : 004
NUM AUTORISATION: OR2278
STAN : 000948

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : ARRAS NOUREDDINE	N° Facture 128 119	2000287648
---------------------------------------	---------------------------	-------------------

Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant
ACUPAN 20mg Injecta (05)	1	6,54	6,54
ANDOL 1g Injecta (01)	1	18,80	18,80
CLOPRAME 10mg Injecta (10)	1	1,39	1,39
OMEPRAZOLE N 40mg Injecta (01)	1	29,90	29,90
Sous-Total médicaments			56,63
COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	2	1,21	2,42
INTRANULE G 20	2	1,82	3,64
PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	1	5,69	5,69
SERINGUE 10ML	2	0,84	1,68
TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP.BIO	2	0,55	1,10
Sous-Total consommable médical			14,53
Total pharmacie			71,16


HÔPITAL CHEIKH KHALIFA
Admission Facturation

Ordonnance

Casablanca, le :

100-443887-1

2000287648 / H0120034002
Prénom : NOUREDDINE
Nom : ARRAS
DDN : 05/12/1957 E: 27/12/2020
Service : URGENCES (NA)

PAYANT
Sexe: M

PAYANT
Sexe: M

Sl. No.	Medicine	Strength	Quantity	Unit
1	RBS + Iron	Hydration	1000	ml
2	Coveram	100mg	16	1/2 tablet
3	Cardiaspine	100mg	16	1/2 tablet
4	Magnesium	300mg	16	1/2 tablet
5	Doliprane	800mg	16	1/2 tablet
6	sedes	20mg	16	1/2 tablet

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc
Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

78,50

7. Betaserc 24y 1/2x2/
Fives

T = 597,70

Dr. HADADI Abdelaziz
Cardiologue
Tél.: 06 71 96 89 37

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

COVERAM 10mg/10mg
Périndopril arginine / amlodipine
30 comprimés
6 118001 130108

Qi-Ze
Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable

BETASERC 24 MG
CP B30
6 118000 012641

GEDES 20mg
28 gélules
6 118001 100088

Mme Amal EL QABBAJ BAHRI
Docteur en Pharmacie
PHARMACIE DANTON
47 Boulevard d'Anzarane
0522 25 09 76 Casablanca



MB763 0613

LOT PER

Prix 99-00

Magmine

**Magnésium 300 mg
Vitamine B₆**

SANS SUCRES ET SANS SEL

Par comprimé :

Magnésium d'origine marine 300 mg
Soit un apport en magnésium élément de
Vitamine B₆ 2mg

PROPRIETES

Le magnésium est indispensable au bon fonctionnement du cœur, des nerfs, des muscles et des différentes phases du métabolisme de l'organisme. **MAGMINE** à base de 300 mg de magnésium et de vitamine B₆, permet de couvrir les besoins quotidiens en magnésium dans certaines situations :

- Effort physique intense
- Crampes et tensions musculaires, fatigue physique,
- Alimentation déséquilibrée, avec carence nutritionnelle chez les personnes âgées, chez l'adolescent et en cas de régime alimentaire pendant des cures d'amaigrissement
- Surmenage, activité intellectuelle intense
- Stress, lassitude, difficulté d'endormissement
- Croissance chez l'adolescent

CONSEILS D'UTILISATION

- Prendre 1 comprimé par jour, à avaler, en buvant un verre d'eau.

PRESENTATION

Boite de 30 comprimés

Complément alimentaire. N'est pas un médicament.

Laboratoires JUVA SANTÉ
8, rue Christophe Colomb - 75008 PARIS - FRANCE
Importé par PROMOSER
Résidence CASA I 282 Bd de la Résistance - CASABLANCA - MAROC

LABORATOIRES
JUVA SANTE