

COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

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,

actions 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.

Maladie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Pathologie 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.

Ordonnance :

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

Educations :

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie
N° M21- 0036257

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9766

Société : 72966

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BAST FATIMA

Date de naissance : 07-11-1967

Adresse : 273 Bd Mly Joussef Casablanca

Tél. : 06 78 26 70 57

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Conf

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 : Casablanca

Le : 22/06/2019

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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

| 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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

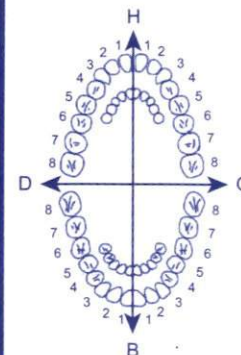
Il faut joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le b

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G
35533411 11433553
B

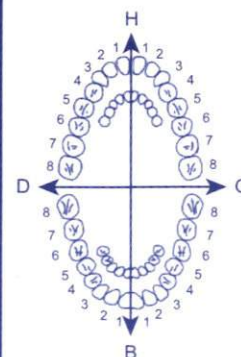
COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR B. BADAOUI ABDELLATIF

Ophtalmologiste spécialiste de la chirurgie de la cataracte et de la correction visuelle au laser des myopies, astigmatismes, hypermétropies et presbytie

Diplômé de la faculté de médecine de Montpellier
Ex-attaché de l'hôpital des quinze-vingt à Paris

الدكتور بدوي عبد اللطيف

اختصاصي في جراحة العيون المياه البيضاء
و تصحيح البصر بالليزر عن بعد أو عن قرب

خريج كلية مونبوليي بفرنسا
ملحق سابق بمستشفى فان - كانز بباريس

Casablanca, le في البيضاء

15/04/2021

PRISE EN CHARGE POUR CATARACTE PHACO-
EMULCIFICATION + IMPLANT K100 + K60/2
POUR Monsieur HABILLO Said OD

MERCI.

Dr. BADAOUI Abdelatif
OPHTALMOLOGISTE
27, Rue Ferhat Hachad
Tél. 05 22 26 61 68 - Casa

Consultations : Tél. : 0522 26 61 68 / 0522 43 02 71 / 0680 21 70 90 - N° 27 Rue Ferhat Hachad
(perpendiculaire Bd. du 11 janvier). Casablanca.

Urgences : Tél. : 0522 20 92 43 / 0522 22 12 96 - Clinique Rachidi, 43 Bd. Rachidi, Casablanca.

E-mail : ophtha.badaoui@gmail.com - www.dr.badaouiabdelatif.com - www.casablancalaserrevision.com



Dr BADAOU Abdellatif

Ophtalmologiste spécialiste de la chirurgie de la
Cataracte et de la correction visuelle au laser des
Myopies, Astigmatismes, Hypermétropies et presbytie
Diplômé de la faculté de médecine de Montpellier
Ex-attaché de l'hôpital des quinze-vingt à Paris.

BILLET D'HOSPITALISATION

☐ Mr. ☐ Mme : HABILLE SAID

E : 04-05-2021

Heure à : 07 :00

ACTE : CATARACTE OD

RISE EN CHARGE : CNSS

DOCTEUR BADAOU

Dr BADAOU Abdellatif
Ophtalmologiste
Clinique Rachidi
43 BD RACHIDI
37000 MOULOUA
Tél : 0522 294836 / 0522 294837

CLINIQUE RACHIDI
43 BD RACHIDI
TEL : 0522 294836//0522 294837

Casablanca, le : الدار البيضاء في

TICKET MODERATEUR et PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES

| Numéro Facture | Date facture | Nom du patient | Période hospitalisation | |
|-------------------|-----------------|-----------------|-------------------------|------------|
| | | | Début | Fin |
| 135914 /2021 | 04/05/2021 | Mr HABILLE SAID | 04/05/2021 | 04/05/2021 |

| Désignations des prestations | Lettres Clé | Nbre | Prix unitaire | Montant DH |
|--------------------------------|----------------|------|------------------|-----------------|
| <i>Ticket modérateur</i> | | | | |
| CATARACTE+IMPLANT PAR PHACO OD | | 1,00 | 3 950,00 | 3 950,00 |
| Total ticket modérateur | | | | 3 950,00 |

| | |
|--|--------------------------------|
| Arrêté le total adhérent à la somme de : | |
| TROIS MILLE NEUF CENT CINQUANTE DIRHAMS | Total adhérent 3 950,00 |

| | |
|--|----------|
| Total facturé (dhs) | 8 500,00 |
| - Montant pris en charge par l'organisme (dhs) | 4 550,00 |
| - Montant à charge de l'adhérent (dhs) | 3 950,00 |

Payé à Cash
Sum 000591
le 04-05-2021

CLINIQUE RACHIDI
#3, Bd. Rachidi Casablanca
Tél: 05 22 29 48 36 / 37
Réception





Casablanca, le 16/04/2021 في الدار البيضاء، في

Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مديرية التأمين الصحي الإجباري

CLINIQUE RACHIDI
AD:43, BD RACHIDI

20000 CASABLANCA



Réf : N° d'immatriculation 134566234

Nom et prénom de l'assuré : HABILLE SAID
R4113

Objet : Attestation de prise en charge

الموضوع : شهادة التحمل

Madame, Monsieur,

سيدتي، سيدي

En réponse au dossier de prise en charge numéro
998153856 , reçu le 15/04/2021, nous vous faisons
part de notre accord concernant :

جوابا على الملف المتعلق بالتحمل رقم 998153856
والذي وافقتمونا به بتاريخ 15/04/2021 نطلعكم على
موافقتنا بخصوص

Le bénéficiaire
L'établissement
Le montant
La validité de prise en charge

HABILLE SAID
090003716
4550,00Dhs
du 16/04/2021 au 15/05/2021

* المستفيد
المؤسسة العلاجية
المبلغ
صلاحية التحمل

Cette attestation doit être jointe à votre demande de
remboursement à déposer impérativement dans un
délai n'excédant pas 3 mois à compter de la date de
sortie du patient de votre établissement et ce, pour
vous permettre de bénéficier du règlement des frais
d'hospitalisation selon les conditions et modalités
fixées par voie réglementaire.

هذه الشهادة يجب أن ترفق بطلب التعويض الذي يجب إيداعه
في أجل لا يتعدى 3 أشهر من تاريخ خروج المريض من
مؤسستكم، وذلك لتمكينكم من الاستفادة من استرجاع
مصاريف الاستشفاء، طبقا للشروط وكيفية التطبيق التي
يحددها القانون

Aussi, nous vous signalons que la non réalisation des
soins dans les délais sus mentionnés rend la présente
attestation sans effet.

كما نثير انتباهكم إلى أن عدم إنجاز العلاجات داخل
الأجل المشار إليها أعلاه، يفقد هذه الشهادة
صلاحيتها

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de
nos salutations distinguées.

وتفضلوا سيدتي، سيدي، بقبول خالص تحياتنا

مصلحة الموافقة المسبقة و التحمل
Service Entente Préalable et Prise en Charge

S/R: COMPTE RENDU OPERATOIRE

S/R:

S/R:

S/R:

بيان تعويضات التأمين الصحي
الإجباري

RELEVÉ DES PRESTATIONS
AMO



مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : 610 2-06 : REF

Référence structurée : 210505266180302

Emis à Casablanca le : 27/05/2021

Page : 1

Identifiant de la famille

تعريف العائلة

HABILLE SAID
273 BD MY YOUSSEF
CASABLANCA 0000

N° d'immatriculation : 134566234

Règlement du mois : 05/2021

Mode de paiement : Virement

Informations :

معلومات :

| مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception | تاريخ العلاج Date de soins | العمليات Actes | مهنو الصحة Prestataires de soins | مبلغ المصاريف Montant de la dépense | التعريف Tarif de référence | المعامل Coeff. | الكمية Quantité | أساس التعويض Base de remboursement | نسبة التعويض Taux de remboursement% | مبلغ التعويض Montant remboursé |
|---|-------------------------------|-------------------|-------------------------------------|--|-------------------------------|-------------------|--------------------|---------------------------------------|--|-----------------------------------|
| HABILLE SAID | | | | | | | | | | |
| 086535467 | 24/03/2021 | CS | MEDECIN SPECIALISTE | 300,00 | 150,00 | 1,00 | 1,00 | 150,00 | 70 | 105,00 |
| 086535467 | 24/03/2021 | CSC | MEDECIN SPECIALISTE | 250,00 | 250,00 | 1,00 | 1,00 | 250,00 | 70 | 175,00 |
| 086535467 | 24/03/2021 | PH | PHARMACIE | 761,85 | 499,50 | 1,00 | 1,00 | 499,50 | 70 | 349,65 |
| 086535467 | 24/03/2021 | B | BIOLOGIE | 212,00 | 1,10 | 170,00 | 1,00 | 187,00 | 70 | 130,90 |
| Total remboursé pour SAID | | | | | | | | | | 760,55 |
| Total général remboursé | | | | | | | | | | 760,55 |

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان



3400934429972



6 118000 070290

CATEX® 250 mg
10 comprimés pelliculés

bytie

GH00

الدكتور بدوي عبد اللطيف

اختصاصي في جراحة العيون المياه البيضاء
و تصحيح البصر بالليزر عن بعد أو عن قرب

خريج كلية مونبولي بفرنسا

ملحق سابق بمستشفى فان. كانز بباريس



3400934429972

anca, le

04-05-2021

في البيضاء

Monsieur HABILLE Said

51,40

1- CATEX 250mg

1cp matin 1 cp le soir pd 5js

INSTILLER DANS L'OEIL OPERE :

35,70x2

2- TOBRADEX collyre 1goutte x4/j pd 2 semaines
puis 1goutte x2/j pd 2 semaines.

58,00x2

3- INDOCOLLYRE collyre 1goutte x4/j pd 2 semaines
puis 1goutte x2/j pd 2 semaines.

30,45

4- PANSEMENT OCULAIRE à changer matin et soir.

IB: Prière ne pas oublier le traitement le jour du 1er contrôle.

Casablanca - Tél: 05 22 22 27 25

139, Boulevard My Youssef

Docteur en Pharmacie

Salma CHEKIF D'OUZANE

PHARMACIE MY YOUSSEF

27, Rue Ferhat Hachad

Tél: 05 22 26 61 68 - Casa

Consultations : Tél.: 0522 26 61 68 / 0522 43 02 71 / 0680 21 70 90 - N° 27 Rue Ferhat Hachad
(perpendiculaire Bd. du 11 janvier). Casablanca.

Urgences : Tél.: 0522 20 92 43 / 0522 22 12 96 - Clinique Rachidi, 43 Bd. Rachidi, Casablanca.

E-mail : ophtha.badaoui@gmail.com - www.drbadaouiabdellatif.com - www.casablancalaserVISION.com

تعليمات يجب إتباعها

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.

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
المشترقة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الاثباتية 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 التعريفة الوطنية
المرجوة.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.




لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطنى للضمان الاجتماعى .

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية
غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً 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: تاريخ الاستلام: |
| Date de dépôt du dossier: تاريخ الإيداع: | |

| | | |
|---|--|--|
|  الضمان الاجتماعي +الXO+ +الC+ CNSS Le devoir de vous protéger | ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Famille de Soins Maladie | مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. - 610-1-02 مرجع رقم |
| سبعة * Entente p |  الضمان الاجتماعي +الXO+ +الC+ CNSS |  *086535467* |
| N° Dossier : | | |
| Partie réservée à l'assuré(e) | | |
| خاص بالمؤمن له (لها) | | |
| الاسم العائلي والشخصي : | | |
| Nom et prénom : M^{me} HABILLE SAID | | |
| رقم التسجيل : | | |
| N° Immatriculation : 113145161834 | | |
| رقم بطاقة التعريف الوطنية : | | |
| N° CIN : 1B15678601 | | |
| علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) * | | |
| Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * | | |
| Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input type="checkbox"/> ابن | | |
| العنوان : | | |
| Adresse : 273 Bd MLY YOUSSEF - CASABLANCA | | |
| مبلغ المصاريف : | | |
| Montant des frais : 1523,85 Dhs | | |
| عدد الوثائق المرفقة : | | |
| Nombre de pièces jointes : 06 | | |
| تصريح الطبيب المعالج | | |
| Déclaration du médecin traitant | | |
| المستفيد من العلاجات | | |
| Bénéficiaire de soins | | |
| الاسم العائلي والشخصي : | | |
| Nom et prénom : HABILLE SAID | | |
| تاريخ الميلاد : | | |
| Date de naissance : 10/11/1960 | | |
| رقم بطاقة التعريف الوطنية : | | |
| N° CIN : 1B15678601 | | |
| الجنس * : | | |
| Sexe * : M ذكر <input checked="" type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> | | |
| الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفّر ** | | |
| INPE et code à barres ** | | |
| الطبيب المعالج | مؤسسة العلاجية | |
| Médecin traitant | Etablissement de soins | |
| نوع العلاجات * | | |
| Type de soins * | | |
| Hospitalisation <input type="checkbox"/> استشفاء Maternité <input type="checkbox"/> أمومة Accident <input type="checkbox"/> حادثة Maladie <input type="checkbox"/> مرض | | |
| أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه | | |
| J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. | | |
| Fait à : | | |
| Le : | | |
| توقيع المؤمن له | | |
| Signature de l'assuré(e) | | |
| أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه | | |
| Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. | | |
| Fait à : | | |
| Le : | | |
| توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية | | |
| Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins | | |

- Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres

DR B. BADA OUI ABDELLATIF

Ophthalmologiste spécialiste de la chirurgie de la cataracte et de la correction visuelle au laser des myopies, astigmatismes, hypermétropies et presbytie

Diplômé de la faculté de médecine de Montpellier
Ex-attaché de l'hôpital des quinze-vingt à Paris

الدكتور بدوي عبد اللطيف

اختصاصي في جراحة العيون المياد البيضاء
و تصحيح البصر بالليزر عن بعد أو عن قرب

خريج كلية مونتبولي بفرنسا
ملحق سابق بمستشفى فان . كانز بباريس

Casablanca, le

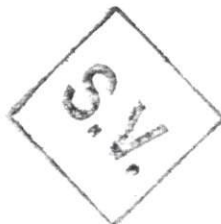
01/04/2021

في البيضاء

Monsieur HABILLO Said

- COSOPT

1 goutte, le matin et soir, pendant 3 mois



Pharmacie Sidi Soufi
Mme HASNAOUI Asma
111, Rue Houkha - Casablanca
Tel : 0522 22 07 96
Patente : 35 90/475

Dr. BADA OUI Abdellatif
OPHTHALMOLOGISTE
27, Rue Ferhat Hachad
Tel: 05 22 22 21 63 Casa



Consultations : Tél.: 0522 26 61 68 / 0522 43 02 71 / 0680 21 70 90 - N° 27 Rue Ferhat Hachad
(perpendiculaire Bd. du 11 janvier). Casablanca.

Urgences : Tél.: 0522 20 92 43 / 0522 22 12 96 - Clinique Rachidi, 43 Bd. Rachidi. Casablanca.

E-mail : ophta.badaoui@gmail.com - www.drbadaouiabdellatif.com - www.casablanicalaservision.com

CHIRURGIE-NEUROLOGIE
RHINOLARYNGOLOGIE et
CHIRURGIE MAXILLOFACIALE
OTALMOLOGIE
ANIMATION MEDICO-CHIRURGICALE
LASER CO₂ - ARGON - YAG
LASER SPIRALE
PLANTATION COCHLÉAIRE
DIAGNOSTIC ET BILAN DE SANTÉ

31/03/2024

جراحة وأمراض الرأس والدماغ والعمود الفقري
جراحة الأذن والأنف والحنجرة
وجراحة الوجه والعنق
وجراحة وأمراض العيون
الإنعاش الطبي والجراحي
جهاز الليزر
جهاز السكتات الدماغية الكلي
زرع قوقعة الأذن
التشخيص والتحليلات

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur

a l'honneur de présenter ses meilleures salutations à

M. **HABILLE SAID**

et lui adresse selon l'usage, sa note d'honoraires, pour un acte coté :

CPA

Soit la somme de :

250,00

DHS

7
cachet et signature



DR BADA OUI ABDELLATIF

Ophtalmologiste spécialiste de la chirurgie de la cataracte et de la correction visuelle au laser des myopies, astigmatismes, hypermétropies et presbytie

Diplômé de la faculté de médecine de Montpellier
Ex-attaché de l'hôpital des quinze-vingt à Paris

الدكتور بدوي عبد اللطيف

اختصاصي في جراحة العيون المياه البيضاء
و تصحيح البصر بالليزر عن بعد أو عن قرب

خريج كلية مونبولى بفرنسا
ملحق سابق بمستشفى فان - كاتز بباريس

Casablanca, le 24/03/2021 في البيضاء

Cher ami

Prière de faire un bilan pré-anesthésique pour

Monsieur HABILLO Sald

Merci



Consultations : Tél.: 0522 26 61 68 / 0522 43 02 71 / 0680 21 70 90 - N° 27 Rue Ferhat Hachad
(perpendiculaire Bd. du 11 janvier). Casablanca.

Urgences : Tél.: 0522 20 92 43 / 0522 22 12 96 - Clinique Rachidi, 43 Bd. Rachidi. Casablanca.

E-mail : ophta.badaoui@gmail.com - www.dradaouiabdellatif.com - www.casablancalaserservice.com

Rachid BENNIS

sthésiste Réanimateur
Diplômé de la Faculté de
Médecine de Paris V
Ancien attaché
des Hôpitaux de Paris

الدكتور رشيد بنيس

إختصاصي في التنبيب والإنعاش
كلية الطب بباريس
ملحق سابق
بمستشفيات باريس

Casablanca, le 31.03.2021

Dr Saïd Habille

NFS

- Une Unité

- Glycémie

Dr Rachid BENNIS
05 22 22 12 96 / 05 22 20 92 43 / 05 22 29 48 36
RACHIDI - 43, Bd. Rachidi - Casablanca
Tél.: 05 22 22 12 96 / 05 22 20 92 43 / 05 22 29 48 36 - Fax : 05 22 22 03 57
Email : rbennis@cliniquerachidi.com ICE : 002276327000020 - INPE : 091026633

مصحف الراشدي - 43 شارع الراشدي - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 22 12 96 / 05 22 20 92 43 / 05 22 29 48 36 - 05 22 22 03 57

RACHIDI - 43, Bd. Rachidi - Casablanca Tél.: 05 22 22 12 96 / 05 22 20 92 43 / 05 22 29 48 36 - Fax : 05 22 22 03 57

Email : rbennis@cliniquerachidi.com ICE : 002276327000020 - INPE : 091026633



Laboratoire autorisé N° 16608

مركز الصوفي للتشخيص الطبي في الإحيائيات

CENTRE DE DIAGNOSTIC MEDICOBIOLOGIQUE EL SOFI

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - IMMUNOLOGIE - ANALYSES SCIENTIFIQUES

الدكتور محمد عبدو
Docteur Mohamed ABDOU
Biologiste

Doctorat en Pharmacie (Paris V)
Ancien interne titulaire des hôpitaux de Paris
Diplômé de l'institut Pasteur de Paris
C.E.S d'Immunologie Générale, d'Hématologie, de Biochimie Clinique, de Bactériologie et Virologie Cliniques

Assuré

Matricule

Bénéficiaire

HABILLE SAID

Prise en charge N°

Prescripteur:

BENNIS Rachid

FACTURE N° 733

Facturé le :

01/04/2021

Analyses :

GLYCÉMIE À JEUN

URÉE PLASMATIQUE

CRÉATININE

NFS

Total analyses :

187,00 Dh

Prélèvements :

Sang

Total Prélèvements :

25,00 Dh

Total <>

170

Soit un montant total :

212,00 Dh

Arrêtée la présente facture à la somme de :
DEUX CENT DOUZE DIRHAMS

Prélèvement à domicile sur rendez-vous

Résidence Houssam Jassim RDC 175 , rue Boukraâ

Bourgogne - Casablanca

Tél.: (00212) 5 22 47 37 84 - Fax : (00212) 5 22 47 37 62

GSM : (00212) 6 61 10 44 34



Laboratoire autorisé N° 16608

مركز الصوفي للتشخيص الطبي في الإحيائيات

CENTRE DE DIAGNOSTIC MEDICOBIOLOGIQUE EL SOFI

BIOCHIMIE - HÉMATOLOGIE - BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - IMMUNOLOGIE - ANALYSES SCIENTIFIQUES

Page : 1

الدكتور محمد عبدو
Docteur Mohamed ABDOU
Biologiste

Doctorat en Pharmacie (Paris V)
Ancien interne titulaire des hôpitaux de Paris
Diplômé de l'institut Pasteur de Paris

C.E.S d'Immunologie Générale, d'Hématologie, de Biochimie Clinique, de Bactériologie et Virologie Cliniques

Code patient : 316033760
Dossier N° : 1040128850

MONSIEUR HABILLE SAID
Né(e) le : 04/05/1960

Analyses demandées par : BENNIS Rachid
Prélèvement du : 01/04/2021 à 09:50:2

Edition du : 02/04/2021

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE : (Pentra 60+, ABX)

| | | | |
|-----------------|--------|-------------------|---------------|
| GLOBULES ROUGES | : 5,29 | M/mm ³ | (4.5 à 5.80) |
| HÉMOGLOBINE | : 15,6 | g/100ml | (13.5 à 17.5) |

| | | | |
|-------------|--------|---|-----------|
| HÉMATOCRITE | : 46,2 | % | (40 à 54) |
|-------------|--------|---|-----------|

| | | | |
|----------|--------|-----------------|-----------|
| V.G. M | : 87 * | µm ³ | (82 à 98) |
| T.C.M.H | : 29 * | pg | (27 à 32) |
| C.C.M.H. | : 34 * | % | (32 à 36) |

| | | | |
|-----------------|------|------------------|----------------|
| GLOBULES BLANCS | 8220 | /mm ³ | (4000 à 10000) |
|-----------------|------|------------------|----------------|

| | | | | |
|----------------|------|---|------------------------------|---------------|
| P.NEUTROPHILES | : 45 | % | <u>3699</u> /mm ³ | (2500 - 7125) |
| P.EOSINOPHILES | : 4 | % | <u>329</u> /mm ³ | (50 - 285) ✓ |
| P.BASOPHILES | : 0 | % | <u>0</u> /mm ³ | (0 - 95) ✓ |
| MONOCYTES | : 8 | % | <u>658</u> /mm ³ | (150 - 665) |
| LYMPHOCYTES | : 43 | % | <u>3535</u> /mm ³ | (1000 - 3800) |

| | | | | |
|------------|---|--------|------------------|-------------------|
| PLAQUETTES | : | 280000 | /mm ³ | (150000 à 400000) |
|------------|---|--------|------------------|-------------------|

Centre de Diagnostic Medicobiologique El Sofi
Dr. ABDOU Mohamed
Rue Boukraâ
05 22 47 37 62
Fax 05 22 47 37 62

Prélèvement à domicile sur rendez-vous

Résidence Houssam Jassim RDC 175, rue Boukraâ

Bourgogne - Casablanca

05 22 47 37 84 - Fax : (00212) 5 22 47 37 62



Laboratoire autorisé N° 16608

مركز الصوفي للتشخيص الطبي في الإحيائيات

CENTRE DE DIAGNOSTIC MEDICOBIOLOGIQUE EL SOFI

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - IMMUNOLOGIE - ANALYSES SCIENTIFIQUES

Page : 2

الدكتور محمد عبدو
Docteur Mohamed ABDOU
Biologiste

Doctorat en Pharmacie (Paris V)
Ancien interne titulaire des hôpitaux de Paris
Diplômé de l'institut Pasteur de Paris

C.E.S d'Immunologie Générale, d'Hématologie, de Biochimie Clinique, de Bactériologie et Virologie Cliniques

Code patient : 316033760
Dossier N° : 1040128850

MONSIEUR HABILILE SAID
Né(e) le : 04/05/1960

Analyses demandées par : BENNIS Rachid
Prélèvement du : 01/04/2021 à 09:50:2

Edition du : 02/04/2021

BIOCHIMIE

| | | | |
|---|--------|--------|---------------|
| GLYCEMIE à jeûn | : 1,08 | g/l | (0.60 à 1.10) |
| Technique enzymatique à l'hexokinase (cobas C311) | | | |
| Soit | 5,99 | mmol/l | (3.33 à 6.11) |
| UREE PLASMATIQUE | : 0,21 | g/l | (0.15 à 0.5) |
| Enzymatique(Cobas C311) | | | |
| CREATININE PLASMATIQUE | 8,7 | mg/l | (< à 13) |
| Technique cinétique de Jaffé (cobas C311) | | | |
| Soit | 77 | μmol/l | (0 à 115) |

Dr. HABILILE SAID
Rue Boukraâ
05 22 47 37 84
Fax 05 22 47 37 62

Prélèvement à domicile sur rendez-vous

Résidence Houssam Jassim RDC 175, rue Boukraâ

Bourgogne - Casablanca

Tél.: (00212) 5 22 47 37 84 - Fax : (00212) 5 22 47 37 62

Masculin
168cm 74kg

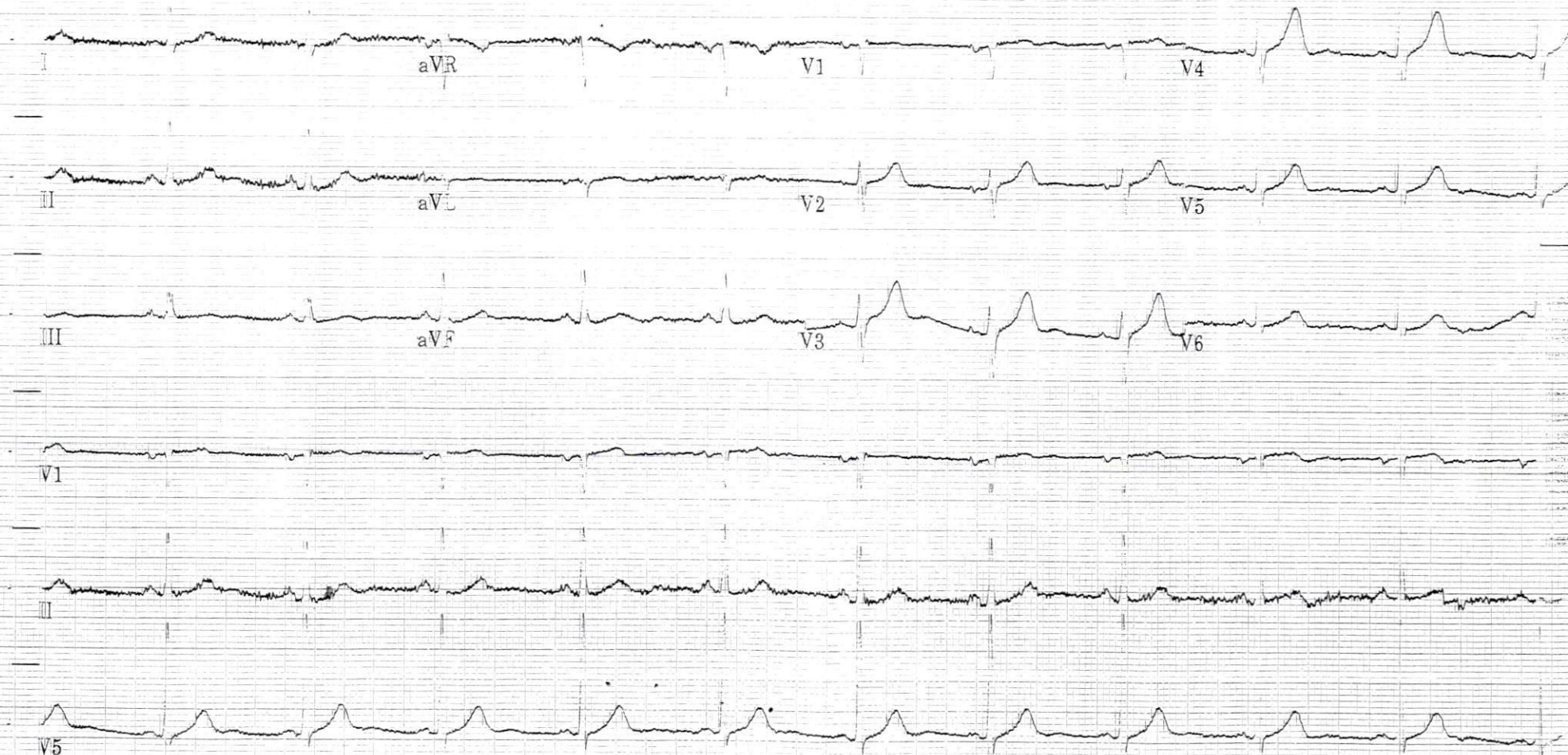
| | |
|---------------|------------|
| Fréq. ventr. | 67 bpm |
| Intervalle PR | 122 ms |
| Durée QRS | 80 ms |
| QT QTc | 376/397 ms |
| Axes P-R-T | 73 63 55 |

Rythme sinusal normal
ECG normal

Technicien:
Indications:

Référé par:

Non validé



CLINIQUE RACHIDI
43, boulevard Rachidi
20000 CASABLANCA

CONSULTATION PRE-ANESTHESIE

Patient **Monsieur Said HABILILE**
Né le: **04 05 1960 (60 Ans)**
Séquentiel: **35859**

Anesth. CS **BENNIS**
Entrée
Séjour **Chirurgie Ambulatoire**

Date CS **31 03 2021**
Interv

Poids **74.00** Taille **167**
B.M.I. **26.53**
Pouls **67** T.A. **130/80**
Satur.
G.S.

Anesthésiste
Praticien **BADAOUI Abdellatif**

CATARACTE

Antécédents

CHIRURGICAUX: Hernie inguinale en 2016 | Fissure Anale 1987

FACTEUR RISQUES: tabac 30 PA

ALLERGIQUES: -Aucun ATCD « Allergiques » signalé (20 MAR 2019)

AUTRES: ASA Niveau 1 f Score de DUKES 7 à 10 (monte + 2 étages, marche rapide)

HOSPITALISATION: CATARACTE(Gauche) 06 05 2019 AB OPHTALM

Traitements

PAS DE TRAITEMENT

Examen Clinique

CARDIO-VASCULAIRE : BDC réguliers sans souffle audible

PULMONAIRE : encombrement bronchique à gauche

NEUROLOGIQUE : RAS

AUTRES : Voie veineuse OK

Bilans (CS)

Biologique : BILAN A VOIR.

Prémédications

Documents remis

*** Documents fournis :
ECG: SINUSAL, REGULIER,
CONDUCTION ET
REPOLARISATION
NORMALES

Antibioprophylaxie

Risques

Examens à prévoir à l'entrée

Vérifier TA

Intubation

Risque d'intubation ? Non

Dents

RAS

Bouche

RAS O1 (>5 cm)

Cou

RAS E1 (angle 180°)

Rachis

RAS

Mallampati 1

Distance Thyro-Mentonnière 0 mm

Prothèse

Visite préop

Réalisé le :

Modif.examen clinique NON

Modif. thérapeutique NON

Conclusions pas de préparation particulière

ASA I

Anesthésie

ALR

Risques agents pathogènes

Risque Agent

Pathogène non indiqué

AINS

Transfusion

Par Dr

Dr. Rachid BENNIS
43, Bd. RACHIDI - CASA
Tél : 0522 39 48 36 / 37