

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

MUPRAS : Centre Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-696794

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1780 Société : 107552

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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 : Le : /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT



# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

## POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Le bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE  
HOSPITALISATION EN HOPITAL  
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU  
HOSPITALISATION EN MAISON DE REPOS  
ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit  
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes  
à long terme comportant un ou plusieurs échelonnements  
dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## EN CAS D'URGENCE

En cas d'actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit venir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83  
FAX : 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

**FEUILLE DE SOINS 1598877**

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : Kana Nerveu / Essbaa Aee  
Matricule : 7780 Fonction : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_  
Adresse : Habituelle  
Tél. : \_\_\_\_\_ Signature Adhérent : \_\_\_\_\_

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : \_\_\_\_\_ Age       
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin : \_\_\_\_\_  
Nature de la maladie : \_\_\_\_\_  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances \_\_\_\_\_  
A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Signature et cachet du médecin  
Durée d'utilisation 3 mois

### VOLET ADHERENT

#### DECLARATION

1598877

Matricule N° : \_\_\_\_\_  
Nom du patient : \_\_\_\_\_  
Date de dépôt : \_\_\_\_\_  
Montant engagé : \_\_\_\_\_  
Nombre de pièces jointes : \_\_\_\_\_





## 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	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANT DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

## O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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  
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.

سينم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات بظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.

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

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 de dépôt du dossier: ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ تاريخ الإيداع:	Date d'arrivée: ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ تاريخ الاستلام:

<p>الجمعية الوطنية للتأمين الصحي CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<p>0661 51 1709</p> <p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</p> <p><b>Feuille de Soins Maladie</b></p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p>	<p>رجع رقم 610-1-02 Rég. ANAM : 1.201.01</p>
<p>N° Dossier :</p>		<p>خاص بالمؤمن له (لها)</p>	
<p>Partie réservée à l'assuré(e)</p>		<p>الاسم العائلي والشخصي :</p>	
<p>Nom et prénom : <b>KANA Nena</b></p>		<p>رقم التسجيل :</p>	
<p>N° Immatriculation : <b>11101794949</b></p>		<p>رقم بطاقة التعريف الوطنية :</p>	
<p>N° CIN : <b>1 BK 9 1457</b></p>		<p>علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *</p>	
<p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *</p>		<p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> <b>Enfant</b> <input checked="" type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/></p>	
<p>Adresse : <b>Hay HASSANI DEB NENNA Bloc 457 N° 118</b></p>		<p>العنوان :</p>	
<p>Montant des frais :</p>		<p>مبلغ المصاريف :</p>	
<p>Nombre de pièces jointes :</p>		<p>عدد الوثائق المرفقة :</p>	
<p>Déclaration du médecin traitant</p>		<p>تصريح الطبيب المعالج</p>	
<p>Bénéficiaire de soins</p>		<p>المستفيد من العلاجات</p>	
<p>Nom et prénom :</p>		<p>الاسم العائلي والشخصي :</p>	
<p>Date de naissance :</p>		<p>تاريخ الميلاد :</p>	
<p>N° CIN :</p>		<p>رقم بطاقة التعريف الوطنية :</p>	
<p>Sexe* : <input checked="" type="checkbox"/> M ذكر <input type="checkbox"/> F أنثى</p>		<p>الجنس* :</p>	
<p>INPE et code à barres **</p>		<p>الرقم الوطني الاستدالي والرقم الممتلئ **</p>	
<p>Médecin traitant</p>		<p>Etablissement de soins</p>	
<p>الطبيب المعالج</p>		<p>المؤسسة العلاجية</p>	
<p>Type de soins*</p>		<p>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>أصبح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه</p>	
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p>		<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p>	
<p>Fait à : <b>29/05/2022</b></p>		<p>Fait à : <b>29/05/2022</b></p>	
<p>Le : <b>29/05/2022</b></p>		<p>Le : <b>29/05/2022</b></p>	
<p>توقيع المؤمن له</p>		<p>توقيع وطابع المؤسسة الصحية</p>	
<p>Signature de l'assuré(e)</p>		<p>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>	
<p>             * Cocher la mention utile pour chaque case              ** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres              080 293 3333 الهاتف: 2188 الدار البيضاء الحقة - CNSS, Place de DAKAR - Casablanca BP. 2196 GSSA Gare Téléphone: 336-84-23603333              المندوب الوطني للتأمين الصحي         </p>			

Description des actes effectués				وصف العمليات المجرىة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب المعالج Signature et Cachet du médecin	
29/01/22			ca	Dr Asmaa DEBBAGH Omnipraticienne 235 Bd Yacoub El Mansour Casablanca Tel: 05 22 39 82 41	
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _					
04/02/2022			v.c	Dr Asmaa DEBBAGH Omnipraticienne 235 Bd Yacoub El Mansour Casablanca Tel: 05 22 39 82 41	
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _					

CIM-10

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _						
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء، الأشعة والصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحياء Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
29.01.22		B. 730	1198,200	LABORATOIRE Bd Yacoub El Mansour Beauséjour - Casablanca Tel : 0522 39 82 41	
INPE et code à Barres PP3063762					
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _					

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
29/01/22	599,60	PHARMACIE AL AMAN Mme Alami Soummi Samira Docteur en Pharmacie 13, Rue Annerjis Beauséjour Casablanca - Tel: 05 22 39 09 70
INPE et code à Barres INP 092003458		
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



**Référence structurée : 220313195700263**

**Emis à Casablanca le : 01/03/2022**

Page : 1

Identifiant de la famille

## تعريف العائلة

KANA MARIEM  
DB NEJMA BLOC 457 N[ 1118 HAY HASSANI  
CASABLANCA 2023

N° d'immatriculation : 110794049

Règlement du mois : 03/2022

Mode de paiement : Virement

**Informations :**

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو 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
KANA MARIEM										
070995479	29/01/2022	C	MEDECIN GENERALISTE	200,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70	56,00
070995479	29/01/2022	B	BIOLOGIE	1 198,00	1,10	650,00	1,00	715,00	70	500,50
070995479	29/01/2022	SC1	BIOLOGIE	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	00	0,00
070995479	29/01/2022	SC1	BIOLOGIE	190,00	0,00	1,00	1,00	0,00	00	0,00
070995479	29/01/2022	SC1	BIOLOGIE	400,00	0,00	1,00	1,00	0,00	00	0,00
070995479	29/01/2022	PH	BIOLOGIE	583,90	583,90	1,00	1,00	583,90	70	408,73
070995479	29/01/2022	PHN	BIOLOGIE	15,70	15,70	1,00	1,00	15,70	00	0,00
Total remboursé pour MARIEM										965,23
Total général remboursé										965,23

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Commentaire 070995479

Casablanca le : 23 / 07 / 2022 في

M - Mervem KANA

69,00x2

① Mazza 100g

139,50x2 1 8 h t

② Zuroa 500g

332x2 1 8 17

③ Labstatenap

1530x2 1 8 Le soir

④ Toptenil 8g

2770x2 1 8 2.07

⑤ Cardiomarin 1g

PHARMACIE AL AMANA  
Mme Alami Soukni Samia  
Docteur en Pharmacie  
13, Rue Amalilis Beauséjour  
Casablanca - Tél: 05 22 39 09 70

S.V.

S.V.

S.V.

S.V.

S.V.

① Prazol 20 mg  
96,00

② Doliprane 1g  
14,00

③ D-une forte cure  
198,60  
599,60

PHARMACIE AL AMANA  
Mme Alami Soumi Samir  
Docteur en Pharmacie  
13, Rue Anassif Deauville  
Casablanca - Tél : 05 22 38 09 70

MAZAX 500 mg 3 Comprimés  
6 118000 310860

MAZAX 500 mg 5 Comprimés  
6 118000 310860

MAZAX 500 mg 5 Comprimés  
Deva Pharmaceutique  
6 118000 410041

Zivlox 400 mg 5 Comprimés  
Deva Pharmaceutique  
6 118000 410041

LABIXTEN 20mg 10 comprimés  
6 118000 230632

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

TOPLEXIL  
SIROP FL 150 ML  
P.P.V. : 15DH70  
6 118000 060901

Prazol 20mg 28 gélules  
6 118000 041009

Doliprane 1000mg 10 comprimés  
6 118000 040972

Doliprane 1000mg 10 comprimés  
6 118000 040972



الدكتورة أسماء دباغ Dr. Asmaa DEBBAGH

طب المستعجلات والتسممات - طب الشغل - الخبرة الطبية  
الفحص بالصدى - تخطيط القلب - الوخز بالإبر الصينية - الإقلاع عن التدخين  
Médecine d'Urgence et d'Oxyologie - Médecine du Travail - Expertise Médico-légale  
Echographie Générale - Electrocardiogramme - Acupuncture - Sevrage tabagisme

المستعجلات، Urgence : 0660 54 54 23

Casablanca le : 29/07/2022 الدار البيضاء في

M<sup>r</sup> Meriam KANA

- NFS + PP
- Remarque - é
- CRP
- DDi - é
- PCR Covid-19

Dr Asmaa DEBBAGH  
Omnipraticienne  
Urgentiste addictologue  
235 Bd. Yacoub EL Mansour  
Casablanca Tél : 05 22 36 85 33

235, شارع يعقوب المنصور - إقامة الأنفال - عمارة ب 9 رقم 6، الدار البيضاء - الهاتف : 0522 36 85 33

235, Bd. Yacoub EL MANSOUR - Rési. Al Anfale - Imm. B 9 N° 6 - Casablanca - Tél. : 0522 36 85 33 - E-mail : dr.asmaadebbagh@gmail.com  
IEC : 001596720000016 - INPE : 91044271 - Patente N° : 34819070 - CNSS N° : 6673588

# LABORATOIRE ANFA LAB D'ANALYSES MEDICALES

RDC-Espace des arts, Angle bd Yacoub El Mansour et rue Annarjis, Beauséjour, CASABLANCA  
Tél : 05 22 39 82 41/06 24 28 45 06- T.P: 34800898 I.F: 40246527 I.C.E: 000426563000094 I.N.P.E : 093063782

INPE : 

**FACTURE N° : 220100137**

CASABLANCA le 29-01-2022

**Mme KANA Meriem**

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E30
0154	Ferritine	B250
0216	Numération formule	B80
	COVID-19 Ag	E190
0370	CRP (Protéine C réactive)	B100
	D-Dimères	B300

Total des B : 730

TOTAL DOSSIER : 1198.20 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille cent quatre-vingt-dix-huit dirhams vingt centimes.

مختبر التحليلات الطبية  
LABORATOIRE ANFA LAB  
Bd Yacoub El Mansour - rue Annarjis  
Beauséjour - Casablanca  
Tél : 0522 39 82 41





# مختبر التحليلات الطبية أنفا لاب

## Laboratoire d'analyses médicales ANFA LAB

د. هناء إيمان مسماشي  
Dr. Hanae Imane MACHMACHI

Date du prélèvement : 29-01-2022  
Code patient : 210310001  
Né(e) le : 13-05-1970 (51 ans)

Mme KANA Meriem  
Dossier N° : 220129001  
Prescripteur : Dr Dr DEBBAGH Asmaa



### HEMATOLOGIE

#### NUMERATION FORMULE SANGUINE

(Sysmex XN330)

				08-07-2021	
<b>Globules rouges (Erythrocytes)</b>					
	4.74	M/mm <sup>3</sup>	(3.80-5.90)		4.56
Hémoglobine	13.8	g/dL	(11.5-15.5)		13.4
Hématocrite	41.6	%	(34.0-53.0)		39.9
VGM	88	fl	(76-96)		88
TCMH	29.1	pg	(24.0-34.0)		29.4
CCMH	33.2	g/dL	(31.0-36.0)		33.6
<b>Globules blancs (Leucocytes)</b>					
	5 190	/mm <sup>3</sup>	(3 800-11 000)		3 400
Neutrophiles	69.4 %	soit 3 602	/mm <sup>3</sup>	(2 000-7 500)	1 608
Eosinophiles	0.0 %	soit 0	/mm <sup>3</sup>	(20-400)	51
Basophiles	0.2 %	soit 10	/mm <sup>3</sup>	(0-100)	20
Lymphocytes	20.6 %	soit 1 069	/mm <sup>3</sup>	(1 500-4 000)	1 210
Monocytes	9.8 %	soit 509	/mm <sup>3</sup>	(200-800)	510
<b>Plaquettes</b>					
	224 000	/mm <sup>3</sup>	(150 000-450 000)		188 000
Volume Plaquettaire Moyen	10.6	fl	(6.0-11.0)		11.2

Commentaire sur l'héogramme:

Lymphopénie.

VGM= Volume globulaire moyen

TCMH= Teneur corpusculaire moyenne en hémoglobine

CCMH= Concentration corpusculaire moyenne en hémoglobine

Remarque: une chute progressive de l'hémoglobine à 11-12g/dl peut être observée chez la femme enceinte dès la 10ème Semaine d'Aménorrhée.



# مختبر التحليلات الطبية أنفا لاب

## Laboratoire d'analyses médicales ANFA LAB

د. هناء إيمان مشماشي  
Dr. Hanae Imane MACHMACHI

220129001 - Mme Meriem KANA

### HEMOSTASE

#### D-Dimères

(Immunofluorescence)

#### Conclusion

0.046 µg/mL (<0.500)

Dosage négatif. Une thrombose veineuse profonde est exclue à 95%.

### BIOCHIMIE SANGUINE

#### Ferritine

(ELFA Vidas PC Biomérieux)

49.27 ng/ml (9.30-159.00)

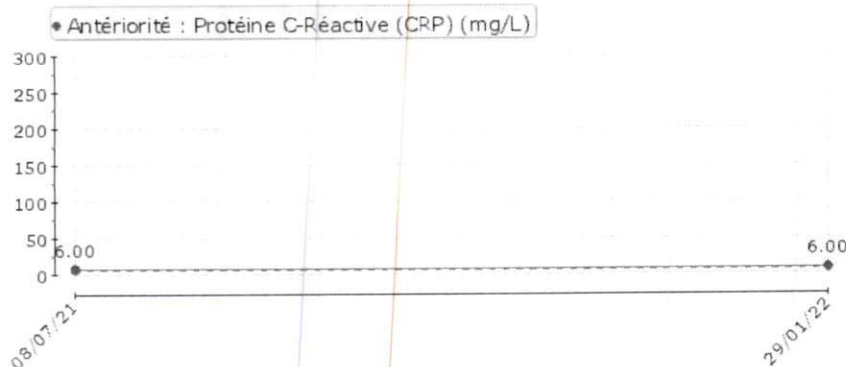
#### Protéine C-Réactive (CRP)

(Immunoturbidimétrie)

<6.00 mg/L (<6.00)

08-07-2021

<6.00



Validé par : Dr MACHMACHI HANAE IMANE

مختبر التحليلات الطبية أنفا لاب  
LABORATOIRE ANFA LAB  
Bd Yacoub El Mansour / rue Annarjiss  
Beauséjour - Casablanca  
Tél : 0522 39 82 41