

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

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

## Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

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

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

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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-662734

*Comme*  
*11.7680*

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1380 Société : .....

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : ELKHAIER Abdelwahed

Date de naissance : .....

Adresse : SS INARA 1 28310 Mohammi

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 : fracture + ostéoporose

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 : Mohammi Le : 17/05/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-662734

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....



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
11.04.22				INP : Dr. FAIZ SOUAD RHUMATOLOGIE Polyclinique CNS Mohammedia

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	06/05/22	859,60
INPE : 02038108		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	22/04/22	Osteo	800,00
22/04/22 6.600			842,400

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																				
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
						DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
							FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
	00000000	00000000	00000000	00000000																
	35533411	11433553																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
						DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

VOLET ADHERENT

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



الضمان الاجتماعي  
+0523321515 +0523321515

**CNSS**  
Le devoir de vous protéger



# وصفة ORDONNANCE



المحمدية  
MOHAMMEDIA

le 06-05-22

Mr. SADEY NASSIR RA

(42.20x2)

Colu fix D

PPV 188.00 DH

1)

1cp

g D'INSAPONIFIABLES D'AVOCAT ET DE SOJA

**PIASCLEDINE® 300MG**

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

(188.00x3)

2)

Piascledine 300



**PIASCLEDINE® 300MG**

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

1 gélule 3 fois

30/ Nolicaptol



198.00

10pp X 2 | 10 |

pis 10pp | 1 |



40/ Cetaxyl 1g

13.20

1 - 1 - 1 | 1 |

859.60

m. Amour

 **Dr. FAIZ SOUAD**  
RHUMATOLOGIE  
Polyclinique CNSS  
Mohammedia  
INPE: 091046177

LOT PUC: 198.00DH  
C144  
2024-05  
CNK 3259-850  
REV. 2021/01/C



3 401020 354451 >





# CALCIFIX<sup>®</sup> D<sub>3</sub>

CALCIUM + VITAMINE



Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Elle contient des informations importantes sur votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, car cela pourrait lui être nocif.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

## DÉNOMINATION

CALCIFIX<sup>®</sup> D<sub>3</sub> 500 mg/400 UI

## COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Carbonate de calcium correspondant à calcium élément.....

Cholécalciférol enrobé à 100 000 UI/g\* correspondant à cholécalciférol (vitamine D<sub>3</sub>) .....

Excipients ..... q.s.p. un comprimé

\* mélange de cholécalciférol, d'alphatocophérol, de graisses alimentaires, de gélatine, de saccharose et d'amidon de

## FORME PHARMACEUTIQUE ET PRÉSENTATION

Boîte de 30 comprimés à croquer

## CLASSE PHARMACOLOGIQUE

APPORT VITAMINIQUE

## DANS QUEL CAS PRENDRE CE MÉDICAMENT

Ce médicament

- chez le sujet

- en association

## ATTENTION

a) DANS QUEL CAS

Ce médicament

- antécédents de

- immobilisation

- quantité de calcium

- élimination exagérée

- calculs rénaux (lithiase calcique),

- phénylcétonurie (maladie héréditaire)

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE CONSULTER



D est insuffisante

présence d'aspartame.

AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIE

# CALCIFIX<sup>®</sup> D<sub>3</sub>

CALCIUM + VITAMINE



Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Elle contient des informations importantes sur votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, car cela pourrait lui être nocif.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

## DÉNOMINATION

CALCIFIX<sup>®</sup> D<sub>3</sub> 500 mg/400 UI

## COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Carbonate de calcium correspondant à calcium élément.....

Cholécalciférol enrobé à 100 000 UI/g\* correspondant à cholécalciférol (vitamine D<sub>3</sub>) .....

Excipients ..... q.s.p. un comprimé

\* mélange de cholécalciférol, d'alphatocophérol, de graisses alimentaires, de gélatine, de saccharose et d'amidon de

## FORME PHARMACEUTIQUE ET PRÉSENTATION

Boîte de 30 comprimés à croquer

## CLASSE PHARMACOLOGIQUE

APPORT VITAMINIQUE

## DANS QUELS CAS PRENDRE

Ce médicament

- chez le sujet

- en association

## ATTENTION

a) DANS QUELS CAS

Ce médicament

- antécédents de

- immobilisation

- quantité de calcium

- élimination exagérée

- calculs rénaux (lithiase calcique),

- phénylcétonurie (maladie héréditaire)

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE CONSULTER



D est insuffisante

présence d'aspartam.

AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIE

# CETAMYL® 1g

Comprimés

Paracétamol

## FORME ET PRESENTATION :

CETAMYL® 1g Comprimés sécables oblongs – Boîte de 10.

## COMPOSITION :

Paracétamol.....1g

Excipients qsp : .....1 comprimé

Excipient à effet notoire : lactose.

## PROPRIETES :

Antalgique (calme la douleur) – Antipyrétique (fait baisser la fièvre).

## INDICATIONS :

Traitement symptomatique des douleurs et/ou fièvre (maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses).

## CONTRE-INDICATIONS :

- Enfants de moins de 15 ans.
- Hypersensibilité au paracétamol ou à l'un des composants.
- Insuffisance hépatocellulaire.

## POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI :

### Posologie :

CETAMYL® 1g est réservé à l'adulte et à l'enfant à partir de 15 ans (> 50 kg).

La posologie usuelle est de ½ à 1 comprimé dosé à 1 g par prise, à renouveler en cas de besoin au bout de 4 heures minimum.

Il n'est généralement pas nécessaire de dépasser 3 g de CETAMYL® par jour, soit 3 comprimés.

Cependant, en cas de douleurs plus intenses, la posologie maximale peut être augmentée jusqu'à 4 g par jour, soit 4 comprimés par jour. Toujours respecter un intervalle de 4 heures entre les prises.

En cas d'insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine inférieure à 10 ml/min), l'intervalle entre deux prises sera au minimum de 8 heures. La dose de paracétamol ne devra pas dépasser 3 g par jour, soit 3 comprimés.

En cas de persistance de douleur ou de fièvre, d'efficacité insatisfaisante, ou d'apparition d'autres symptômes, il est recommandé de prévenir votre médecin ou votre pharmacien.

### Mode d'administration :

Voie orale.

Les comprimés sont à avaler, si besoin après les avoir cassés en deux, tels quels avec une boisson (eau, lait, jus de fruit).

## MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :

En raison de la dose unitaire par comprimé (1g), CETAMYL® 1g n'est pas adaptée à l'enfant de moins de 15 ans. Pour éviter un risque de surdosage, vérifier l'absence de paracétamol dans la composition d'autres médicaments.

Doses maximales recommandées :

Adulte et enfant de plus de 50 kg : la dose totale de paracétamol ne doit pas excéder 4 g par jour.

### Grossesse et allaitement :

CETAMYL® 1g, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse et pendant l'allaitement.

CETAMYL® est un médicament à utiliser avec précaution chez les enfants.

En cas de doute ou de complication, consulter votre pharmacien.

## EFFETS INDESIRABLES :

- Rarement : Réactions d'hypersensibilité (rash cutané. Leur survenue impose l'arrêt du médicament).

- Exceptionnellement : thrombopénie.

### Surdosage :

En cas de surdosage thérapeutique, le patient doit être traité ou le pharmacien et le médecin traitant.

## INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES :

Nécessitant des précautions d'emploi :

- Anticoagulants oraux : risque d'hémorragie en cas de prise de CETAMYL®.

- Antagonistes de la vitamine K : risque d'hémorragie en cas de prise de CETAMYL®.

### Examens paracliniques :

La prise de CETAMYL® peut fausser les résultats des examens de laboratoire.

en cas de concentrations anormales de bilirubine.

La prise de CETAMYL® peut fausser les résultats des examens de laboratoire.

## CONDITIONS DE CONSERVATION :

Conserver à l'abri de la lumière et en dessous de 25°C.

Délivrance : Libre

CETAMYL® Comprimés 1g – Boîte de 10 : AMM N° : 209/11/DMP/21/NNP

Edition : Janvier 2013

الالام والحُمى

سيتاميل 1000 ملغ

باراسيتامول

Lot N° / Date Per. :

CETAMYL® 1000 mg

PARACETAMOL Boîte de 10 comprimés P.P.V. : 13,20 D



6 118000 191438

consultez votre pharmacien.

de, érythème, urticaire, éruptions cutanées.

consultez le médecin traitant.

du risque hémorragique et d'un contrôle régulier de la coagulation par CETAMYL®.

ase-péroxydase

osphotungstique.

NCT1181V2



LABORATOIRES PHARMACEUTIQUES GALENICA  
Z.I. Ouled Saleh - Casablanca - Maroc

14/11/1955

وصفة  
ORDONNANCE



المحمدية  
MOHAMMEDIA

الضمان الإجتماعي  
+elI0%+ +oIoC%+  
**CNSS**  
Le devoir de vous protéger

le 21. 06. 22

Mr NASSI BA SADDY

osteo deurs tomeur

DR. FAIZ SOUAD  
RHUMATOLOGIE  
Polyclinique CNSS  
Mohammedia  
INPE:091046177  
الضمان الإجتماعي  
CNSS

Centre de Radiologie AL Kasbah  
19 Rés. Ismail Rue de Safi  
Mohammedia  
0523 32 75 75



**LABORATOIRE AMARA D'ANALYSES MEDICALES**

Dr. M. AMARA

3, Bd Mohammed V - Tél.: 0523.30.40.30 - Fax: 0523.30.43.20

Référence:

**20422378**

Analyses effectuées le: 22/04/2022

Pour.....: **Mme SADRY NASSIBA EP EL KHAIER**

Sur prescription du: Dr FAIZ SOUAD

Code.....: 00021307



Organisme.....:

**Bilan:**

VS CRP CA VITD

Cotation : (B 610 )

**Montant Net :** 842.40 Dhs

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

**HUIT CENT QUARANTE DEUX Dhs 40 Cts**

**LABORATOIRE AMARA**  
Mohammed AMARA  
BIOLOGISTE  
3, Bd. Med. V - Mohammed  
Tél. : 05 23 30 40 30



وصفة

ORDONNANCE



le 21 - ou 22.

Mr. NASSIR BO SADRY

US - OR P

Colcaume

Vito

LABORATOIRE AMARA  
Mohammed AMARA  
BIOLOGISTE  
Bd. Med. V - Mohammed  
Tél : 05 23 30 40 30

Dr. FAIZ SOUAD  
RHUMATOLOGIE  
Polyclinique CNSS  
Mohammed VI  
INPE: 091046177

Mohammed AMARA  
Pharmacien Biologiste

Diplômé de l'Université de Bruxelles (U.L.B.)  
Spécialités : Biochimie - Hématologie  
Immunologie - Bactériologie - Mycologie

# مختبر اعماراء للتحليلات الطبية

## LABORATOIRE AMARA D'ANALYSES MEDICALES

Prélèvement du : 22/04/2022

Heure : 08:41

Edition du : 22/04/2022

Code Patient : 00021307

Matricule :



Référence 20422T2378 du : 22/04/2022

Mme SADRY NASSIBA EP EL KHAIER

Médecin: Dr. FAIZ SOUAD

### HEMATOLOGIE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
VITESSE DE SEDIMENTATION			
1 ère heure :	21	mm	(2 à 10)
2 ème heure :	47	mm	(6 à 20)

### BIOCHIMIE EXAMEN DE SANG

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
Protéine C réactive..... :	< 6	mg/l	< 6 (24/01/22)
Calcium..... :	83	mg/l	98 (23/09/21)
VITAMINE 25(OH) et 25(OH)D3.... :	57	ng/ml	51 (24/01/22)

Normes :

< 10	Carence
10 - 29	Insuffisant
30 - 100	Suffisant
> 100	Toxicité

LABORATOIRE AMARA  
Mohammed AMARA  
Pharmacien Biologiste  
Tél : 0523.30.40.30  
Fax : 0523.30.43.20





Dr. Zineb Regragui

Médecin Spécialiste en Radiologie

الدكتورة زينب الركراكي

طبيبة إختصاصية في الفحص بالأشعة

IRM 1, 5T - Scanner 40 barrettes - Echographie 3D/4D - Echographie Doppler - Radiologie numérique - Mammographie numérique 3D  
par Tomosynthèse - Radiologie numérique dentaire par Cone Beam - Ostéodensitométrie - Radiologie interventionnelle

Nom du patient: SADRI NASSIBA  
Médecin traitant: DR SOUAD FAIZ

Mohammedia, Le: 22/04/2022

### OSTEODENSITOMETRIE

Examen réalisé sur Horizon DXA System Bone Densitometer HOLOGIC

• Résultats:

Absence d'artefacts gênant l'examen

– Au rachis:

- Densité minérale osseuse : 1.029
- Score T : -0.2
- Score Z : 1.7

– Col du fémur:

- Densité minérale osseuse : 0.777
- Score T : -0.6
- Score Z : 0.9

– Poignet:

- Densité minérale osseuse : 0.370
- Score T : -5.4
- Score Z : -3.6

• Conclusion:

**Ostéoporose radiale.**

Cordialement  
**DR. REGRAGUI**



**URGENCES**  
**24/24**

Société S.A.R.L au Capital 2000000,00 MAD

19, Résidence Ismail - rue Safi - Kasbah - Mohammedia (en face de la gare de Mohammedia)

Tél : 0523 32 75 75 - contact@radiologiealkasbah.ma - www.radiologiealkasbah.ma

RC : 25427 - IF : 39578336 - CNSS : 2081619 - ICE : 002532696000074



12

N° IPP : 79394	N° SEJOUR : 220007334	<b>FACTURE N° 2202003059</b>		DATE D'ENTREE : 21/04/2022	DATE DE SORTIE : 21/04/2022			
ASSURE :		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI		DESTINATAIRE : SADRY, Nassiba				
MALADE : SADRY, Nassiba NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S :						
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :						
TIERS PAYANT 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :						
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :						
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT	TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT	PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN.								
CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00			0.00	150.00

Intervenant : 25102005 DR FAIZ SOUAD	TOTAUX :	150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS		PLAFOND PC :					ACOMPTE :	
		REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
DATE FACTURE : 21/04/2022		EDITEE LE : 21/04/2022	PAR : BOUKHA	RESTE DU :	150.00			
VISA		ACCIDENT DE TRAVAIL :		DATE AT :				
		N° DE POLICE :						
		Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - MOHAMMEDIA				
		BANQUE :		BMCE-CENTRE D'AFFAIRES-MOHAMMEDIA				
		N° compte bancaire :		011.787.0000152100060443.40				



Mohammed AMARA  
Pharmacien Biologiste

Diplômé de l'Université de Bruxelles (U.L.B.)  
Spécialités : Biochimie - Hématologie  
Immunologie - Bactériologie - Mycologie

# مختبر اعماراء للتحاليل الطبية

## LABORATOIRE AMARA D'ANALYSES MEDICALES

Prélèvement du : 22/04/2022  
Edition du : 22/04/2022  
Code Patient : 00021307  
Matricule :

Heure : 08:41



Référence 20422T2378 du : 22/04/2022  
Mme SADRY NASSIBA EP EL KHAIER  
Médecin: Dr. FAIZ SOUAD

### HEMATOLOGIE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
VITESSE DE SEDIMENTATION			
1 ère heure :	21	mm	(2 à 10)
2 ème heure :	47	mm	(6 à 20)

### BIOCHIMIE EXAMEN DE SANG

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
Protéine C réactive..... :	< 6	mg/l	(< à 6)
Calcium..... :	83	mg/l	(80 à 110)
VITAMINE 25(OH) et 25(OH)D3.... :	57	ng/ml	51 (24/01/22)
Normes :			
< 10	Carence		
10 - 29	Insuffisant		
30 - 100	Suffisant		
> 100	Toxicité		

LABORATOIRE AMARA  
Mohammed AMARA  
Pharmacien Biologiste  
Tél : 0523.30.40.30  
Fax : 0523.30.43.20



# Radiologie Al Kasbah

Mohammedia

Nom : sadry, nassiba  
ID du patient :  
DDN : 14 Novembre 1955

Sexe : Féminin  
Groupe ethnique : Blanc

Height: 160.0 cm  
Poids : 66.0 kg  
Age : 66

Médecin traitant :

f Hanche Dr 22/04/2022

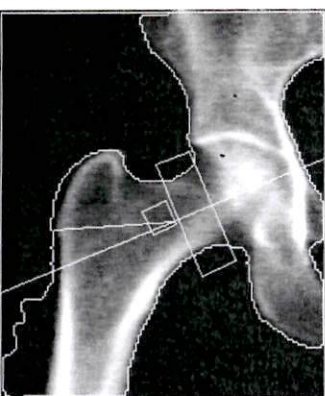


Image non utilisable pour diagnostics

125 x 149 COL : 47 x 15

f Hanche Gauche 22/04/2022

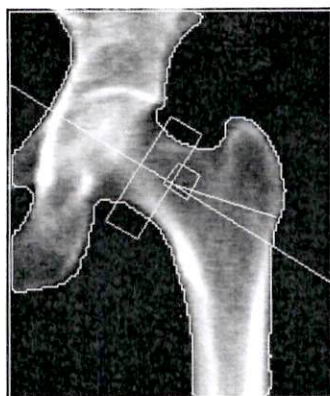
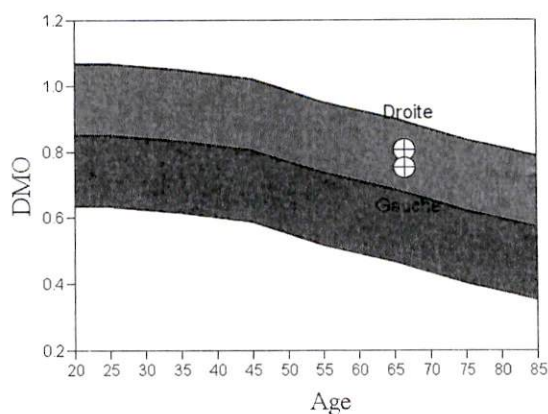


Image non utilisable pour diagnostics

125 x 149 COL : 48 x 15

## Col



T-score vs. White Female. Source:2012 BMDCS/NHANES White Female. Z-score vs. White Female. Source:2012 BMDCS/NHANES White Female.

## Résumé des résultats DXA :

Région	Surface (cm <sup>2</sup> )	CMO (g)	DMO (g/cm <sup>2</sup> )	T-score	Z-score
<b>Col</b>					
Gauche	4.53	3.40	0.750	-0.9	0.7
Droite	4.41	3.55	0.804	-0.4	1.2
Moyenne	4.47	3.47	0.777	-0.6	0.9
Diff.	0.12	0.15	0.054	0.5	0.5
<b>Total</b>					
Gauche	40.66	39.96	0.983	0.3	1.6
Droite	45.15	37.96	0.841	-0.8	0.5
Moyenne	42.91	38.96	0.912	-0.2	1.1
Diff.	4.49	2.01	0.142	1.2	1.2

Total DMO CV 1.0%

Classification de l'OMS d'après des résultats concrets : Normal

## Risque de fracture à 10 ans

### Rapport FRAX non généré car :

Tous les T-scores pour Rachis total, Hanche totale et Col fémoral égaux ou supérieurs au pourcentage -1.0.

## Commentaire :

ght - Scan Id:A04222205(S/N 302764M) Analysis:22 April 2022 10:30 Hip V:13.6.0.5 Operator: Comment:

ft - Scan Id:A04222207(S/N 302764M) Analysis:22 April 2022 10:34 Hip V:13.6.0.5 Operator: Comment:

HOLOGIC®

# Radiologie Al Kasbah

Mohammedia

Nom : sadry, nassiba  
ID du patient :  
DDN : 14 Novembre 1955

Sexe : Féminin  
Groupe ethnique : Blanc

Height: 160.0 cm  
Poids : 66.0 kg  
Age : 66

Médecin traitant :

## Information d'examen :

Date d'examen : 22 Avril 2022 ID : A04222206

Type d'examen : a Avant Bras G

Analyse : 22 Avril 2022 10:30 Version 13.6.0.5

Avant-bras Gauche

Opérateur :

Modèle : Horizon Wi (S/N 302764M)

Commentaire :

## Résumé des résultats DXA :

Radius + Cubitus	Surface (cm <sup>2</sup> )	CMO (g)	DMO (g/cm <sup>2</sup> )	T - score	Z - score
UD	6.42	2.73	0.426	0.3	1.6
CENT	8.00	2.89	0.362	-4.3	-2.4
1/3	5.76	2.13	0.370	-5.4	-3.6
Total	20.18	7.76	0.385	-3.5	-1.7

Total DMO CV 1.0%

Classification OMS : Ostéoporose

Risque fracturaire : Elevé

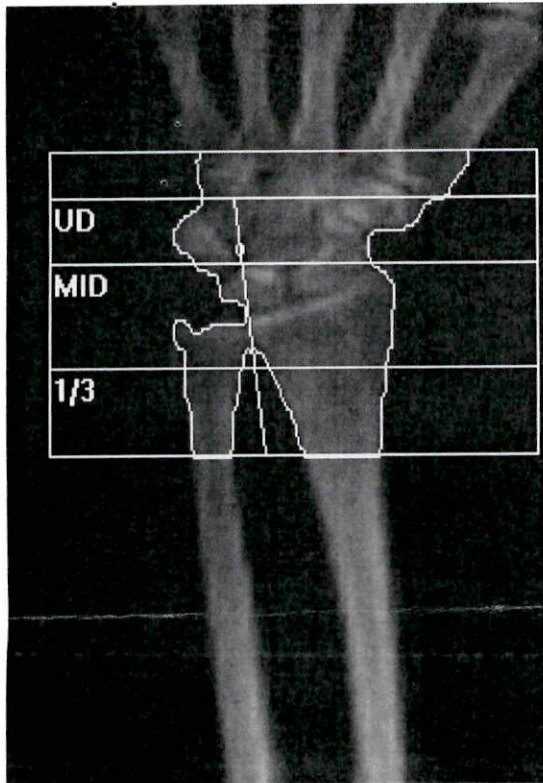
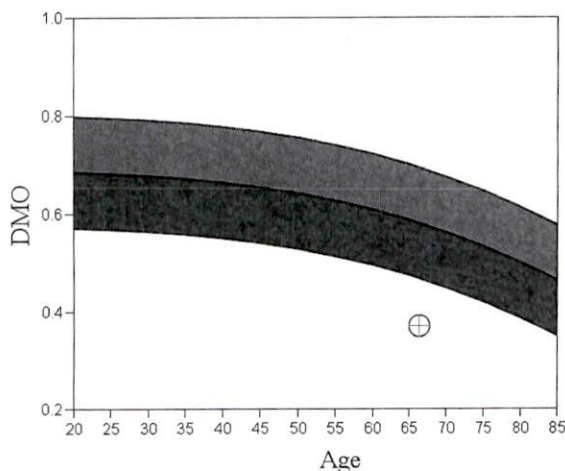


Image non utilisable pour diagnostics  
228 x 71

## 1/3 (Radius + Cubitus)



Commentaire :

Mohammed AMARA  
Pharmacien Biologiste

Diplômé de l'Université de Bruxelles (U.L.B.)  
Spécialités : Biochimie - Hématologie  
Immunologie - Bactériologie - Mycologie

# مختبر اعماراء للتحليلات الطبية

## LABORATOIRE AMARA D'ANALYSES MEDICALES

Prélèvement du : 22/04/2022  
Edition du : 22/04/2022  
Code Patient : 00021307  
Matricule : 

Référence 20422T2378 du : 22/04/2022  
Mme SADRY NASSIBA EP EL KHAIER  
Médecin: Dr. FAIZ SOUAD

### HEMATOLOGIE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
VITESSE DE SEDIMENTATION			
1 ère heure :	21	mm (2 à 10)	
2 ème heure :	47	mm (6 à 20)	

### BIOCHIMIE EXAMEN DE SANG

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
Protéine C réactive..... :	< 6	mg/l (< à 6)	<6 (24/01/22)
Calcium..... :	83	mg/l (80 à 110)	88 (23/09/21)
VITAMINE 25(OH) et 25(OH)D3.... :	57	ng/ml	51 (24/01/22)

Normes :  
< 10 Carence  
10 - 29 Insuffisant  
30 - 100 Suffisant  
> 100 Toxicité

LABORATOIRE AMARA  
Mohammed AMARA  
Pharmacien Biologiste  
Tél : 0523.30.40.30 - Fax : 0523.30.43.20





Dr. Zineb Regragui

Médecin Spécialiste en Radiologie

الدكتورة زينب الركراكي

طبيبة إختصاصية في الفحص بالأشعة

IRM 1, 5T - Scanner 40 barrettes - Echographie 3D/4D - Echographie Doppler - Radiologie numérique - Mammographie numérique 3D  
• par Tomosynthèse - Radiologie numérique dentaire par Cone Beam - Ostéodensitométrie - Radiologie interventionnelle

Nom du patient: SADRI NASSIBA  
Médecin traitant: DR SOUAD FAIZ

Mohammedia, Le: 22/04/2022

### OSTEODENSITOMETRIE

Examen réalisé sur Horizon DXA System Bone Densitometer HOLOGIC

- Résultats:

Absence d'artefacts gênant l'examen

- Au rachis:

- Densité minérale osseuse : 1.029
    - Score T : -0.2
    - Score Z : 1.7

- Col du fémur:

- Densité minérale osseuse : 0.777
    - Score T : -0.6
    - Score Z : 0.9

- Poignet:

- Densité minérale osseuse : 0.370
    - Score T : -5.4
    - Score Z : -3.6

- Conclusion:

**Ostéoporose radiale.**

Cordialement  
**DR. REGRAGUI**



**URGENCES**  
**24/24**

Société S.A.R.L au Capital 2000000,00 MAD

19, Résidence Ismail - rue Safi - Kasbah - Mohammedia (en face de la gare de Mohammedia)

Tél : 0523 32 75 75 - contact@radiologiealkasbah.ma - www.radiologiealkasbah.ma

RC : 25427 - IF : 39578336 - CNSS : 2081619 - ICE : 002532696000074

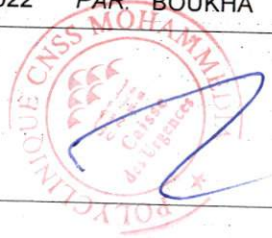
POLYCLINIQUE C.N.S.S - MOHAMMEDIA  
INARA I 20650 MOHAMMEDIA  
Téléphone: 0523-32-47-59/60/62 Fax: 0523-32-47-61  
INPE: 090001470 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



12

N° IPP : 79394	N° SEJOUR : 220007334	<b>FACTURE N° 2202003059</b>		DATE D'ENTREE : 21/04/2022		DATE DE SORTIE : 21/04/2022					
ASSURE :		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI		DESTINATAIRE : SADRY, Nassiba							
MALADE : SADRY, Nassiba NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S. :									
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :									
TIERS PAYANT 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :									
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :									
NATURE DE PRESTATION		LETRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION DE SPECIALISTE		Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 25102005 DR FAIZ SOUAD	TOTAUX :	150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS	PLAFOND PC :						ACOMPTE :	
	REMISE :	0.00	REGLE :				AVOIR :	
	RESTE DU :	150.00						
DATE FACTURE : 21/04/2022	EDITEE LE : 21/04/2022	PAR : BOUKHA	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :			
			Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - MOHAMMEDIA			
			BANQUE :		BMCE-CENTRE D'AFFAIRES-MOHAMMEDIA			
			N° compte bancaire :		011.787.0000152100060443.40			





IRM 1, 5T - Scanner 40 barrettes - Echographie 3D/4D - Echographie Doppler - Radiologie numérique - Mammographie numérique 3D  
par Tomosynthèse - Radiologie numérique dentaire par Cone Beam - Ostéodensitométrie - Radiologie interventionnelle

## FACTURE

Patient(e) : SADRY NASSIBA

Date : 22/04/2022

N° Facture : 4233

NATURE DE L'EXAMEN	Consommable	Prix d'examen
OSTEODENSITOMETRIE.	.00	800.00

Montant Total : 800 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : Huit Cents Dirhams .

Type de paiement : Espèce

Centre de Radiologie AL Kasbah  
N° 19 Rés. Ismail Rue de Safi  
Mohammedia  
0523 32 75 75

URGENCES  
24/24

Société S.A.R.L au Capital 2000000,00 MAD

19, Résidence Ismail - rue Safi - Kasbah - Mohammedia (en face de la gare de Mohammedia)

Tél : 0523 32 75 75 - contact@radiologiealkasbah.ma - www.radiologiealkasbah.ma

RC : 25427 - IF : 39578336 - CNSS : 2081619 - ICE : 002532696000074



3

## Confirmation du Rendez-Vous

✓ Votre rendez-vous a bien été enregistré.

Votre **code** de confirmation est le 21042022-1440-6887

Nom : **SADRY NASSIBA**

Nature du rendez-vous : Consultation

Spécialité : RHUMATOLOGIE

Médecin traitant : Dr FAIZ SOUAD

Horaire : Jeudi 21/04/2022 à 14:40



© PRISE DE RDV