

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 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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0033220

COMPLEMENT

148 780

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 702 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :


Nom & Prénom : EL MAROURI NILUJ

Date de naissance : 01-01-48

Adresse : 51, rue HASSANE Hay POHANA - CASA

Tél. : 06 62 24 36 03 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 :

Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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

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

Fait à : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

| 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 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

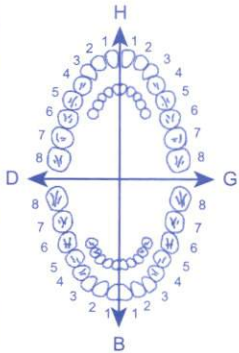
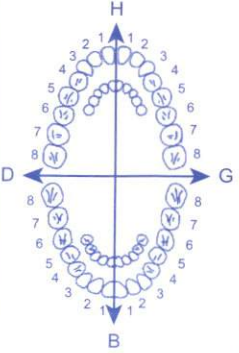
[illegible][illegible][illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | | | | CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

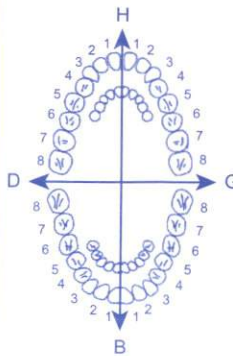
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

| SOINS DENTAIRES | | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|---------------------|-------------|----------------------------|-----------------------|
|  | | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | FIN D'EXECUTION | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|---|---|----------------------|----------------------|---|--|------------------------------------------------|
|  | <div><div>H</div><table><tr><td>25533412 00000000</td><td>21433552 00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000 35533411</td><td>00000000 11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table></div> | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | D | G | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | B | | <div>Coefficient des Travaux</div> <div></div> |
| | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | |
| | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | |
| <div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div> | <div>Montants des Soins</div> <div></div> | | | | | | | | | |
| | <div>Date du devis</div> <div></div> | | | | | | | | | |
| | <div>Date de l'exécution</div> <div></div> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

تعليمات بحب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل 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 الشرطي للأدوية
المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإبتاتية 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.

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

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي
وهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
|  الضمان الإجتماعي التأمين الاجتماعي CNSS | ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée | مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire |
| * موافقة مسبقة * Entente préalable * | * تنفيذ * Exécution * | Réf. : 610-1-03 مرجع رقم |

N° Dossier : _____

Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (ها)

Nom et prénom : KOUIRI Khadija الاسم العائلي و الشخصي :
 N° Immatriculation : 116512114319 رقم التسجيل :
 N° CIN : B 348175 رقم بطاقة التعريف الوطنية :
 Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (ها) *

Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن

Adresse : 51, Rue HASSONE Hay RHANA - CAS العنوان :
 Montant des frais : 3.547,40 Dhs. مبلغ المصاريف :
 Nombre de pièces jointes : 9 عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du Médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins Kouiri Khadija المستفيد من العلاجات
 Nom et prénom : _____ الاسم العائلي و الشخصي :
 Date de naissance : 13-10-1954 تاريخ الإزدياد :
 N° CIN : 8348175 رقم بطاقة التعريف الوطنية :
 Sexe * : ☒ أنثى لجنس * :

INPE et code à barres 08/11/16/179 الرقم الوطني للتأمين و الشعار

| | |
|------------------------------------|--------------------------------------------|
| Médecin traitant الطبيب المعالج | Etablissement de soins المؤسسة العلاجية |
|------------------------------------|--------------------------------------------|

Type de soins نوع العلاجات
 Admission ALD * : ☒ Oui ☐ Non قبول المرض المزمن * :
 N° dossier ALD : _____ رقم ملف المرض المزمن :
 Code ALD : _____ رمز المرض المزمن :

Maladie * ☐ مرض * Hospitalisation * ☐ استشفاء *

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Fait à : Casablanca ب : فاس
 Le : 15/11/2022 في : 15/11/2022

توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré (e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. أبرح بمصادقة و صحة معلومات المذكورة أعلاه

Fait à : Casablanca ب : فاس
 Le : 15/11/2022 في : 15/11/2022

توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

Dr Nouhad JARDI
Cardiologue

- Lauréate de la Faculté de Médecine de Casablanca
- Ancien Médecin à l'Hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca
- Ancien Interne des CHU Ibn Rochd de Casablanca et de Nancy
- Diplômée en Echocardiographie Doppler de l'Université Bordeaux II
- Diplômée en Ultrasonographie Vasculaire de l'Université Pierre et Marie Curie - Paris VI



الدكتورة نهاد جردى
أخصائية في أمراض القلب والشرائين

- خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
- طبيبة سابقة بمستشفى الشيخ خليفة بالدار البيضاء
- طبيبة داخلية سابقة بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء و بمستشفى نانسي بفرنسا
- دبلوم فحص القلب بالصدى من جامعة بورجو بفرنسا
- دبلوم فحص الشرايين والأوعية بالصدى من جامعة بيار ومري كري بباريس

Casablanca, le **10/11/2022** **الدار البيضاء في**

Nom et Prénom : **Mme KOUIRI KHADIJA**

ORDONNANCE



1. BONNE HYDRATATION (2L d'eau/ jour)

2. RÉGIME PEU SALÉ :

3. AMEP 5 mg :

1 comprimé / jour à 17h (3 mois)

4. LD-NOR 20 mg :

1 comprimé / jour le soir (3 mois)

5. D-CURE FORTE 100 000 UI :

1 ampoule / mois (3 mois)

69,60

PHARMACIE SOPHIA
Mme. Benbouhadj Ep. Siabou
214, Bd. Mohammed V - CASABLANCA
Tel: 0522 36 01 64

Dr Nouhad JARDI
Cardiologue
3, Bd. Mohammed V - Casablanca
Tel: 05 22 89 54 25 / Urgences : 06 88 68 68 68

البريد الإلكتروني : dr.jardinouhad@gmail.com المستعجلات : 06 88 68 68 68 / Urgences : 05 22 89 54 25
شارع أم الربيع، الطابق الثاني، الألف، حي الحسني - الدار البيضاء 3 Boulevard Dum Rabia, 2ème étage Dulf. Hay Hassani - Casablanca
IF : 18728957 - ICE : 001547343000027 - Patente : 36045002

Dr Nouhad JARDI
Cardiologue

- Lauréate de la Faculté de Médecine de Casablanca
- Ancien Médecin à l'Hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca
- Ancien Interne des CHU Ibn Rochd de Casablanca et de Nancy
- Diplômée en Echocardiographie Doppler de l'Université Bordeaux II
- Diplômée en Ultrasonographie Vasculaire de l'Université Pierre et Marie Curie - Paris VI



الدكتورة نهاد جردي
أخصائية في أمراض القلب والشرايين

- خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
- طبيبة سابقا بمستشفى الشيخ خليفة بالدار البيضاء
- طبيبة داخلية سابقا بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء و بمستشفى نانسي بفرنسا
- دبلوم فحص القلب بالصدى من جامعة بورديو بفرنسا
- دبلوم فحص الشرايين والأوعية بالصدى من جامعة بيبير ومري كري بباريس

Casablanca, le **07/11/2022**

الدار البيضاء في

Nom et Prénom : **Mme KOUIRI KHADIJA**

ORDONNANCE

1. BONNE HYDRATATION (2L d'eau/ jour)

2. RÉGIME PEU SALÉ :

3. AMEP 5 mg :

1 comprimé / jour à 17h

TTT pendant 6 mois

97.70 x 4
= 390,80

صيدلية سوفي
PHARMACIE SOPHIA
Mme. Badreddine SLOONI
214, Bd. Mohammed VI
Tél: 0522 38 01 84

Dr Nouhad JARDI
Cardiologue
3, Bd Oulfa, 2ème étage Oulfa
Hay Hassani - Casablanca
Tél: 05 22 89 54 25 / 05 22 89 54 26

AMEP® 5mg
56 comprimés
6 118000 081777

AMEP® 5mg
56 comprimés
6 118000 081777

AMEP® 5mg
56 comprimés
6 118000 081777

AMEP® 5mg
56 comprimés
6 118000 081777

☎ 05 22 89 54 25 / Urgences : 06 88 68 68 68 : المستعجلات

✉ dr.jardinouhad@gmail.com : البريد الإلكتروني

📍 3 Boulevard Dum Rabia, 2ème étage Oulfa. Hay Hassani - Casablanca : شارع ام الربيع، الطابق الثاني، الالفة، حي الحسني - الدار البيضاء

IF : 18728957 - ICE : 001547343000027 - Patente : 36045002

CABINET DR JARDI NOUHAD

Nom : KOUIRI KHADWA 0006214

Sex : Female Case No. :

Age : 68Y Lit No. :

Clinique N : Date : 07/11/2022

Section :

Fréquence: 1000Hz

Temps d'écha 15s

FC: 60bpm

P Interval: 248ms

QRS Interval: 125 ms

T Interval: 227 ms

PR Interval: 282 ms

QT Interval: 448 ms

QTc Interval: 448 ms

P Axis: 64.00Cb

QRS Axis: 78.20Cb

T Axis: 55.10Cb

Prompt:

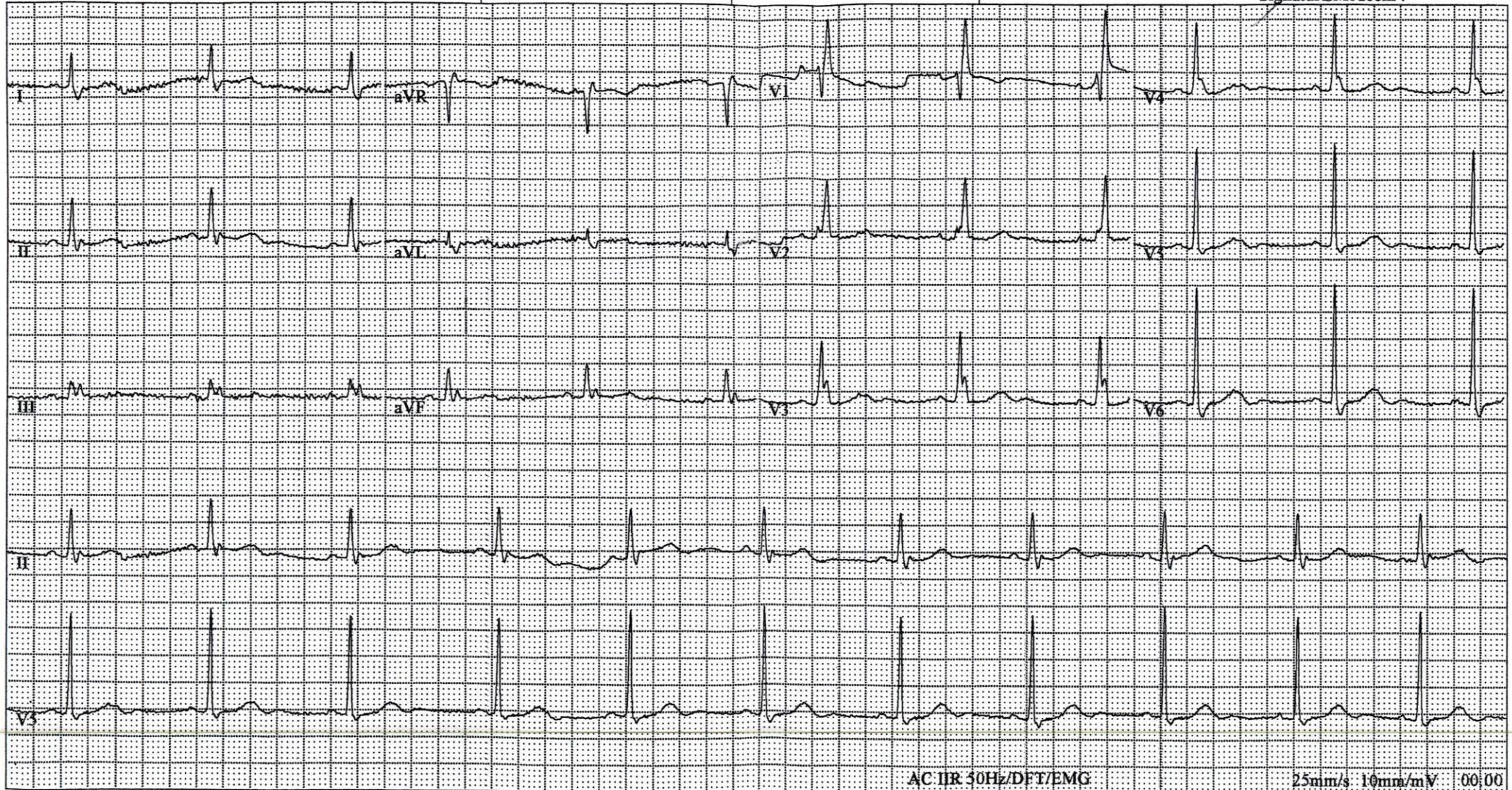
TA= 140/86mmHg

Dr Noudad JARDI
Cardiologue
3, rue de la Santé, 91000 Evry
Tél: 01 69 22 11 11

ECG imité

Signature Medecin :

ECG



AC IIR 50Hz/DFT/EMG

25mm/s 10mm/mV 00:00

Dr Nouhad JARDI
Cardiologue

- Lauréate de la Faculté de Médecine de Casablanca
- Ancien Médecin à l'Hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca
- Ancien Interne des CHU Ibn Rochd de Casablanca et de Nancy
- Diplômée en Echocardiographie Doppler de l'Université Bordeaux II
- Diplômée en Ultrasonographie Vasculaire de l'Université Pierre et Marie Curie - Paris VI



الدكتورة نهاد جردى
أخصائية في أمراض القلب والشرايين

- خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
- طبيبة سابقا بمستشفى الشيخ خليفة بالدار البيضاء
- طبيبة داخلية سابقا بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء و بمستشفى نانسي بفرنسا
- دبلوم فحص القلب بالصدى من جامعة بوردو بفرنسا
- دبلوم فحص الشرايين والأوعية بالصدى من جامعة بيير و ماري كوري بباريس

Casablanca, le 04/02/2022 في الدار البيضاء

N. Khadige

SANG

Lignées sanguines

- ☒ NFS
☒ Plaquettes

- ☐ Vs
☐ CRP

Lipides

- ☒ Cholestérol Total
☒ Cholestérol HDL/LDL
☒ Triglycérides

Diabétologie

- ☒ Glycémie

- ☒ HbA1c

Ionogramme

- ☒ Créatinine
☒ Urée

- ☒ Acide Urique
☐ Iono complet

- ☐ Na+
☒ K+

Hépatologie

- ☒ Transaminases
☐ Gama GT

- ☐ Ag HBs
☐ Ac anti HVC

Enzymologie
Cardiaque

- ☐ Troponine I
☐ CPK
☐ CPK Mb

- ☐ BNP
☐ D-Dimères
☐ LDH

Hémostase
Coagulation

- ☐ TP + INR
☐ TCA

- ☐ A.T. III
☒ VIT. D

Thyroïde

- ☒ TSHus

Autres

- ☐ PSA

URINES

- ☐ Micro albuminurie/24
☐ Protéinurie/24
☐ E.C.B.U

EVOLU
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
3, Bd. Dum Rabia, 2ème étage Oulfa
Hay Hassani - Casablanca
Tél : 05 22 89 54 25 / 06 88 68 68 68

المستعجلات : 05 22 89 54 25 / Urgences : 06 88 68 68 68 البريد الإلكتروني : dr.jardinouhad@gmail.com
3 Boulevard Dum Rabia, 2ème étage Oulfa. Hay Hassani - Casablanca شارع أم الربيع. الطابق الثاني، الألف. حي الحسن - الدار البيضاء



Date du prélèvement : 09-11-2022 à 09:16

Code patient : 1703152005

Né(e) le : 13-10-1954 (68 ans)



Mme Khadija KOUIRI

Dossier N° : 2211092012

Prescripteur : Dr NOUHAD JARDI

HEMATOLOGIE

NUMERATION GLOBULAIRE(Sysmex XT-1800i)

09-02-2022

| | | | | |
|-------------|------|------|--------------|------|
| Leucocytes | 4.94 | G/L | (3.90-10.20) | 5.27 |
| Hématies | 5.17 | T/L | (3.85-5.20) | 4.99 |
| Hémoglobine | 14.2 | g/dL | (11.8-15.8) | 13.6 |
| Hématocrite | 43.2 | % | (35.0-45.5) | 41.9 |
| V.G.M | 83.6 | fL | (80.0-101.0) | 84.0 |
| T.C.M.H | 27.5 | pg | (27.0-34.0) | 27.3 |
| C.C.M.H | 32.9 | g/dL | (30.0-36.0) | 32.5 |

FORMULE LEUCOCYTAIRE(Sysmex XT-1800i)

| | | | | |
|--------------------|------|-----|-------------|------|
| Poly. Neutrophiles | 40.3 | % | | 40.2 |
| Soit | 1.99 | G/L | (1.50-7.70) | 2.12 |
| Poly. Eosinophiles | 5.3 | % | | 4.2 |
| Soit | 0.26 | G/L | (0.02-1.10) | 0.22 |
| Poly. Basophiles | 0.2 | % | | 0.4 |
| Soit | 0.01 | G/L | (<0.35) | 0.02 |
| Lymphocytes | 45.3 | % | | 45.9 |
| Soit | 2.24 | G/L | (>1.00) | 2.42 |
| Monocytes | 8.9 | % | | 9.3 |
| Soit | 0.44 | G/L | (0.10-2.70) | 0.49 |

PLAQUETTES(Sysmex XT-1800i)

175 G/L (150-450) 161

Commentaire :

Numération formule sanguine normale

BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

Aspect du sérum à 4°:

Limpe

11-09-2021

- Potassium (K)

(Electrode sélective d'ions diluée (indirecte))

4.50 mmol/L (3.50-5.10)

4.40

09-02-2022

- Acide Urique

(Dosage enzymatique)

41 mg/L (26-60)

41

11-09-2021

- Urée

(Urease sur AU480)

0.32 g/l (0.15-0.55)
5.33 mmol/L (2.50-9.16)

0.37



Laboratoire
EVOLULAB

d'Analyses de Biologie Médicales

Dr. Aziz MOTAOUAKKIL

- Pharmacien Biologiste Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Lyon
- Ex Interne des Hôpitaux de Lyon

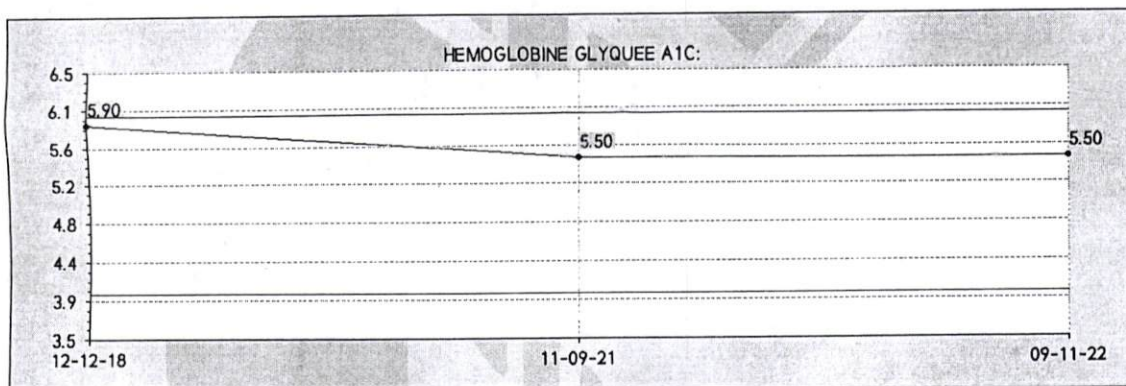
- Diplôme de Biologie de la Reproduction de Besançon

Hématologie - Bactériologie - Parasitologie - virologie - Biochimie - Immunologie
P M A (Biologie de la Reproduction : IAC - FIV - ICSI)

2211092012 - Mme Khadija KOUIRI

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------|------------|
| - Créatinine (Test colorimétrique enzymatique) | 6.7 mg/L | (5.0-12.0) | 11-09-2021 |
| | 59.3 µmol/L | (44.3-106.2) | 5.0 |
| - Calcium (Méthode: Phosphonazo sur respons) | 90.55 mg/L | (86.00-103.00) | 11-09-2021 |
| | 2.26 mmol/L | (2.15-2.58) | 91.09 |
| - Glycémie à jeun (Beckman AU480) | 0.88 G/L | (0.70-1.15) | 09-02-2022 |
| | 4.88 mmol/L | (3.89-6.38) | 0.80 |
| HEMOGLOBINE GLYQUEE A1C: (Méthode de Référence: HPLC sur GX 723) | 5.5 % | (4.0-6.0) | 11-09-2021 |
| | | | 5.5 |

Patient non diabétique : 4-6 %
Objectif de thérapie : < 7 %
Modification de thérapie : > 8 %



| | | | |
|---------------------------------------------------------|-------------|---------|------------|
| - Cholestérol total (Méthode: CHOD-PAP) | 2.85 g/l | (<2.20) | 17-12-2021 |
| | 7.37 mmol/L | (<5.69) | 2.64 |
| - HDL-Cholestérol (Méthode: Immunoinhibition) | 0.60 g/L | (>0.35) | 17-12-2021 |
| | 1.55 mmol/L | (>0.91) | 0.58 |
| - LDL-Cholestérol | 2.03 g/L | (<1.50) | 17-12-2021 |
| | 5.25 mmol/L | (<3.88) | 1.88 |

Concentrations "Cibles" de LDL-Cholestérol à atteindre en fonction du nombre de facteurs de risque cardiovasculaire :

| Patient à haut risque cardiovasculaire* | 3 facteurs de risque | 2 facteurs de risque | 1 seul facteur de risque | Aucun facteur de risque |
|--------------------------------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|----------------------------|
| < 1,0 g/l | < 1,3 g/l | < 1,6 g/l | < 1,9 g/l | < 2,2 g/l |

* ATCD de maladie cardiovasculaire, diabète de type 2 à haut risque, risque élevé de survenue d'un événement coronarien dans les 10 ans.



Laboratoire
EVOLULAB

d'Analyses de Biologie Médicales

Dr. Aziz MOTAOUAKKIL

- Pharmacien Biologiste Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Lyon
- Ex Interne des Hôpitaux de Lyon

- Diplôme de Biologie de la Reproduction de Besançon

Hématologie - Bactériologie - Parasitologie - virologie - Biochimie - Immunologie
P M A (Biologie de la Reproduction : IAC - FIV - ICSI)

2211092012 - Mme Khadija KOUIRI

- Triglycérides

(Méthode: GPO-PAP)

1.08 g/l (<2.00)
1.22 mmol/L (<2.26)

17-12-2021

0.92

Acceptable : < 2.0 g/l
Limite haute : 2.0-4.0 g/l
Elevée : > 4.0 g/l

- Transaminases GOT (ASAT)

(Méthode : IFCC)

18 UI/L (0-35)

11-09-2021

19

- Transaminases GPT (ALAT)

(Méthode:IFCC)

13 UI/L (0-45)

11-09-2021

12

BILAN ENDOCRINIEN

- TSH

(Technique ELFA Vidas)

4.26 mUI/L (0.25-5.00)

15-09-2021

9.21

ANALYSES SPECIALISEES

Vitamine

D-25-hydroxy-vitamineD-D2+D3

(Technique ELFA sur Vidas)

21.00 ng/ml

09-02-2022

38.50

42.00 nmol/L

| STATUT | 25-(OH) VITAMINE D |
|----------------------|--------------------|
| Déficient | <20 ng/ml |
| Insuffisant | 20-29 ng/ml |
| Suffisant | 30-100 ng/ml |
| Toxicité potentielle | >100 ng/ml |

EVOLULAB

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

Validé par Dr Y. ZEMRANI

187, Boulevard Ibnou Sina - Casablanca
Tél : 05 22 95 03 34 - Fax : 05 22 94 77 45



Laboratoire
EVOLULAB

d'Analyses de Biologie Médicales

Dr. Aziz MOTAOUAKKIL

- Pharmacien Biologiste Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Lyon
- Ex Interne des Hôpitaux de Lyon

- Diplôme de Biologie de la Reproduction de Besançon

Hématologie - Bactériologie - Parasitologie - virologie - Biochimie - Immunologie
P M A (Biologie de la Reproduction : IAC - FIV - ICSI)

EVOLULAB

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES
Bd. Ibnou Sina - Casablanca
Tél. 05 22 95 03 34 - Fax 05 22 94 77 45

FACTURE N° : 2211092012

INPE: 093061067 IF:14377655

Casablanca le 09-11-2022

Mme Khadija KOUIRI

Date de l'examen : 09-11-2022

Analyses :

| Récapitulatif des analyses | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------|------------|--------------|
| CN | Analyse | Val | Clefs |
| PS | Prélèvement sang | E25 | E |
| | - ALAT (transaminase TGP) | B50 | B |
| | - ASAT (transaminase TGO) | B50 | B |
| | - Acide Urique | B30 | B |
| | Cholestérol | B30 | B |
| | - Calcium | B30 | B |
| | - Créatinine | B30 | B |
| | Glycémie à jeun | B30 | B |
| | HbA1c | B100 | B |
| | Cholestérol HDL | B80 | B |
| | - Potassium | B30 | B |
| | Triglycérides | B60 | B |
| | TSH Ultrasensible | B250 | B |
| | - Urée | B30 | B |
| | Vitamine D - 25- hydroxy-vitamine D - D2 + D3 : | B450 | B |
| | - NFS | B80 | B |

Total des B : 1330

TOTAL DOSSIER : 1807.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille huit cent sept dirhams

EVOLULAB
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
187, Bd. Ibnou Sina - Casablanca
Tél : 05 22 95 03 34 - Fax : 05 22 94 77 45



البيان الدوري لتعويضات التأمين
الصحي الإجباري

Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين
الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance
Maladie Obligatoire
Réf. : 610-2-06 : مرجع رقم

Emis à : CASABLANCA : أصدر ب :
Le : 02/02/2023 : بتاريخ :

الصفحة Page 1 / 1

N° d'immatriculation 165014319 رقم التسجيل
Règlements de la période : من :
du : 22/11/2022 : إلى :
au : 22/11/2022 : إلى :
أداءات الفترة

المرسل إليه Destinataire
KOUIRI KHADIJA

Veillez trouver ci-dessous une récapitulation des
prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la
période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي
استفدت منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

| رقم الملف | تاريخ العلاج | العمليات | مهنيو الصحة | مبلغ المصاريف | التعريف المرجعية | المعامل | الكمية | أساس التعويض | نسبة التعويض | تاريخ إرسال الأداء | مبلغ التعويض |
|-------------------------|------------------|----------|---------------------------------------|--------------------------|-----------------------|---------|----------|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|----------------------|
| Numéro de dossier | Date de soins | Actes | Prestataires de soins | Montant de la dépense | Tarif de référence | Coef. | Quantité | Base de rembour- sement | Taux de rembour- sement % | Date d'envoi du paiement | Montant remboursé |
| KOUIRI KHADIJA | | | | | | | | | | | |
| 116259701 | 07/11/2022 | CSC | CARDIOLOGIE | 300,00 | 250,00 | 1.00 | 1,00 | 250,00 | 77,00 | 22/11/2022 | 192,50 |
| 116259701 | 07/11/2022 | B | LABORATOIRES D | 1807,00 | 1463,00 | 1330,00 | 1,00 | 1463,00 | 77,00 | 22/11/2022 | 1126,51 |
| 116259701 | 07/11/2022 | PH | ANALYSES PHARMACIES D OFFICINES | 440,40 | 0,00 | 1.00 | 5,00 | 0,00 | 0,00 | 22/11/2022 | 339,11 |
| Total remboursé | | | | | | | | | | | 1658,12 |
| Total général remboursé | | | | | | | | | | | 1658,12 |

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Pour plus d'informations :

merci de visiter notre site Web
ou le portail des assurés
ou l'application mobile
ou appeler notre serveur vocal au numéro
ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

www.cnss.ma
www.cnss.ma/Portail/
« Ma CNSS »
080 20 30 100
080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات:
يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
أو تطبيق الهاتف
أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

COMPLEMENT

N° M22-0033220

Document fournis

- 1) Déclaration maladie CNSS (cachetée)
du 31/11/2022 recto verso
- ~~2) Accusé réception de la déclaration~~
- 3) Ordonnance de N. JARDI 390,40 et 49,60
- 4) ECG
- 5) Ordonnance analyses
- 6) Résultats analyses en quatre pages
- 7) Facture analyses DH: 1807,00
- 8) Décompte CNSS 1658,12
Montant reçu de la CNSS
DH: 1.658,12

Montants engagés:

| | |
|---------------|---------|
| - Visite | 300,00 |
| - Analyse | 1807,00 |
| - Médicaments | 390,80 |
| - | 49,60 |
| | <hr/> |
| | 2547,40 |