

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES													
Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins. Veuillez fournir une facture 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										
O.D.F. Prothèses dentaires			Détermination du coefficient 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> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	
	H												
	25533412	21433552											
	00000000	00000000											
	00000000	00000000											
35533411	11433553												
(Création, Remont, adjonction)													
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession													
Visa et cachet du praticien attestant la dent			Visa et cachet du praticien attestant la dent										
VOLET ADHERENT		Mle											
DECLARATION N°		W18-405154											
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes											
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		Cachet MUPRAS											
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle													

MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		W18-405154	DATE DE DEPOT/...../201...
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 8-88	Signature et cachet de l'adhérent
Nom & Prénom		Messoudi Karim	
Fonction		Rep. d'agence	
Mail		064400333	
MEDECIN		Prénom du patient	
Adhèrent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/>		Age 27/08/1993 Date	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
Date		Signature et cachet de la mutuelle	
PHARMACIE		Montant de la facture	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV



MR MUSTAPHA YOUSFI
NO 13 R EGYPT RES IDR: 3
AZHAR
FES
30000 FES

000056051920

Accusé de Réception

N° Réception : 56051920
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : YOUSFI MUSTAPHA
Immatriculation : 93422376 / 090085741
Nom et Prénom Bénéficiaire : YOUSFI ABDELKARIM
Rang Bénéficiaire : 31

Type dossier : FEMILLE DE SOINS
Date et heure : 5/04/2019 11:30
Lieu de réception : FES 91218
Valeur du dossier : 1860,00
Nombre de pièces : 3
Code Agent : 9MGE009

Code Etablissement :
Etablissement :

 (/portail)
  Ma Situation
  Remboursement
  Prises en charge
  Immatriculation
  Menu ▼



En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, La CNOPS est l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 83 de ladite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie).

Information

EN ATTENTE DE PIECE 1

PAYE

ACCORDE(E) 1

Nb.Dossier (s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
2	-	22/04/2019	Virement	-	2 156,60	1 226,74	269,44	1 496,18
56051920	05/04/2019	Payé en : 17 jours		YOUSFI ABDELKARIM	1 860,00	1 187,40	260,45	1 447,85
56051826	05/04/2019	Payé en : 17 jours		YOUSFI MUSTAPHA	296,60	39,34	8,99	48,33
4	-	14/03/2019	Virement	-	3 984,90	1 579,68	278,55	1 858,23
1	-	07/11/2018	Virement	-	3 012,00	560,00	70,00	630,00
1	-	07/08/2018	Virement	-	450,00	299,40	74,85	374,25

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

Description des ordonnances exécutées dispositifs médicaux fournis

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision[illegible]

تعلیمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل
حدث

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية
المشتراة و أئمنتها بالوصفات المرسله.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني لمظنمات الاحتياط الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية

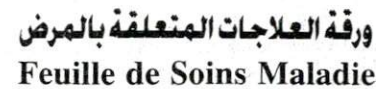
الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

Cachet et signature de la mutuelle

Date de dépôt du dossier : تاريخ الابداع :



التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

Réf ANAM 1.1.01.01 مرجع رقم

N° Dossier :

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

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*

Conjoint ☐ زوج Enfant ☒ ابن

Adresse : 13 Rue de l'Egypte 125 Rey JORDIS EL ALBA : العنوان :

Montant des frais : درهم Dhs مبلغ المصاريف :

عدد الوثائق المرفقة : 03
 Nombre de pièces jointes : 03

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins	المستفيد من العلاج
-----------------------	--------------------

Nom et prénom : Yousf, Abdelkarim : الإسم العائلي و الشخصي

Date de naissance : 07/09/1992 تاريخ الإزدياد

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس*: M ☒ ذكر F ☐ أنثى

Identification du médecin traitant تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس: 141063123

Type de soins	نوع العلاجات
---------------	--------------

Maladie *	<input type="checkbox"/>	* المرض	Pli confidentiel remis*	تم تقديم الظرف المغلق*:
-----------	--------------------------	---------	-------------------------	-------------------------

Date de grossesse : تاريخ الحمل :

Date prévue d'accouchement : | | | | | | | | : التاريخ المرتقب للولادة :

Hospitalisation* <input type="checkbox"/>	استشفاء *	Date d'hospitalisation :	تاريخ الاستشفاء :
---	-----------	--------------------------	-------------------

[illegible]

Accident * ☐ * حادث : تاريخ الحادث : _____

السبب الثاني	
أحد جرحي القيد وجرحه المذموم من المذموم	أشهر جرحه ك. ما زى اعلام

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : : حرب

توقع وطابع الطبيب المعالج في المؤسسة الصحية

Signature de l'assuré (e)	Cachet et Signature du Médecin traitant de l'Etablissement de soins
---------------------------	---

- INP : Identification Nationale du Praticien
- * Cocher la mention utile pour chaque case

Cachet et Signature du Responsable de l'Etablissement de soins

Dr. SAIDI Houdia
Psychiatre des Fès
Boulevard Zaid Elabadi Bureau 6
23 05 GSM 06 29 87 48

أشطب الخاند



الدكتورة حورية أدومهايدي

Dr. IDOUMHAIDI Houria

Médecin Spécialiste Neuro - Psychiatre
C.U de Thérapie Cognitivo-Comportementale
de la faculté de Médecine et de Pharmacie
de Casablanca
D.U.S de la faculté de Médecine
et de Pharmacie de Rabat En Addictologie

طبيبة إختصاصية
في الأمراض العقلية و النفسية
شهادة جامعية في العلاج السلوكي المعرفي
من كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
و دبلوم الدراسات العليا الجامعية
من كلية الطب و الصيدلة بالرباط في علاج الإدمان

فاس في 29/07/2019

Yousf

1/ VS

2/ NFS

3/ GAT, GPT, GGT

4/ Créa, Chénice

Créa

5/ vit D

مرکز التعليلات الطبية المغرب
CENTRE BIOLOGIE MAROC
Dr. LAABOUDI EL HASSANE
Av. Lalla Aïme, Imm. Echcharhi
1er Etage, Apt 6, (N°) - FES
Tél : 05.35.94.14.14 Fax : 05.35.94.14.15

تجزئة مطاحن الإدريسية الأطلس إقليم النجوم الطابق 2 مكتب 6
Lot Moulins Idrissia Atlas, Résidence Annoujoum Etage 2 Bureau 6
E-mail : idoum02@hotmail.com / Tél : 05 35 73 23 65 - Gsm : 06 61 29 87 48

FACTURE N : 1903290004

FES le 29-03-2019

Mr YOUSFI ABDELKARIM

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E10	E
	TRANSAMINASES	B150	B
	Vitesse de Sédimentation	B30	B
	Créatininémie	B40	B
	CRP	B100	B
	Gamma G.T.	B80	B
	NFS	B70	B
	Clairance calculé (Cockcroft+MDRD)	B100	B
	Vitamine D 25-OH (D2+D3)	B450	B

Total des B : 1020

TOTAL DOSSIER : 1200.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de mille deux cents dirhams

مركز التحاليل الطبية المغرب
CENTRE BIOLOGIE MAROC
Dr. LAABOUDI EL HASSANE
Av. Lalla Asmaa, Imm. Echcharki
1er Etage, Appt 5, (V.N) - FES
Tél : 05.35.94.14.14 Fax : 05.35.94.14.15

G

Av.Lalla Asmaa, Imm. Echcharki 1er Etage, Appt 5, (V.N) - Fès
Tél : 05 35 94 14 14 / Fax : 05 35 94 14 15 / GSM : 06 61 42 70 60
E-mail : centrebiologiemaroc@gmail.com

ICE : 001657016000072 - CNSS : 7485453 - Patente : 13100685 - I.F : 18003439
INPE : 143060416

Dossier créer le : 29-03-2019
Edité le : 29-03-2019

Mr YOUSFI ABDELKARIM
Dossier : 1903290004
Docteur : Dr BENBOUZZA KARIMA

Page : 1

NB: Vitamine D fait à la demande du patient

HEMATOLOGIE

VITESSE DE SEDIMENTATION

25-07-2018

1ère heure :	6 mm	(<10)	10
2ème heure :	13 mm	(<20)	20

NUMERATION FORMULE SANGUINE

02-02-2018

GLOBULES ROUGES	4.57	M/mm3	(4.50-5.55)	4.36
Hémoglobine	14.80	g/100ml	(14.00-17.00)	13.80
Hématocrite	44	%	(35-50)	40
VGM (Volume globulaire moyen)	96	μ3	(80-95)	91
TCMH	32	pg	(27-32)	32
CCMH	34	g/100ml	(32-36)	35
GLOBULES BLANCS	7 600/mm3		(4 000-10 000)	5000
Polynucléaires Neutrophiles	56%	Soit 4 256/mm3	(2 000-7 500)	3
Polynucléaires Eosinophiles	2%	Soit 152/mm3	(100-600)	0
Polynucléaires Basophiles	0%	Soit 0/mm3	(0-100)	43
Lymphocytes	39%	Soit 2 964/mm3	(1 500-4 000)	2
Monocytes	3%	Soit 228/mm3	(200-1 000)	100
PLAQUETTES	231 000/mm3		(150 000-500 000)	

Av.Lalla Asmae, Imm. Echcharki 1er Etage, Appt 5, (M.N) - Fès
Tél : 05 35 94 14 14 / Fax : 05 35 94 14 15 / GSM : 06 61 42 70 60
E-mail : centrebiologiemaroc@gmail.com

Dossier créer le : 29-03-2019
Edité le : 29-03-2019

Mr YOUSFI ABDELKARIM
Dossier : 1903290004
Docteur : Dr BENBOUAZZA KARIMA

Page : 3

BIOCHIMIE SANGUINE

Transaminases :

- SGOT :	15.40 UI/l	(<35.00)
- SGPT :	11.40 UI/l	(<45.00)
Créatinine	9.00 mg/L	(7.00-12.00)
	79.6 mmol/L	(61.9-106.1)

Clérence calculée

Clairance calculée :	93 ml/mn
Clérence calculée MDRD	116 ml/mn

Valeurs normales selon MDRD:

- De 80 à 120ml/min:valeurs normales
- Entre 60 et 80ml/min:insuffisance rénale légère
- Entre 30 et 60 ml/min:insuffisance rénale modérée
- <30 ml/min insuffisance rénale sévère

Selon la formule de cockroft

Interprétation :
-Clairance > ou -60 ml/mn : pas d'insuffisance rénale ou insuffisance légère
-Clairance de 30 à 60 ml/mn : insuffisance rénale modérée
-Clairance < ou -30 ml/mn : insuffisance rénale terminale

Note :
La performance du calcul de cockroft n'est pas validée ou d'interprétation difficile dans les cas suivants :
*Les enfants
*Les femmes enceintes
*Les personnes âgées de plus de 80 ans
*Les obèses et les très maigres
*En cas de cirrhose décompensée avec ascite
*En cas de dénutrition sévère, de nutrition parentale prolongée
*En cas d'augmentation de masse musculaire
*Dans le cas du suivi d'administration au long cours de médicaments potentiellement néphrotoxiques
Une mesure du débit de filtration glomérulaire peut alors s'avérer nécessaire (clairance de la créatinine sur les urines de 24 heures)

Gamma G.T

13 UI/L

مركز التحليلات الطبية المغرب
CENTRE BIOLOGIE MAROC
Dr. LAABOUDI EL HASSANE
Av. Lalla Asmaa Imm. Echcharki
1er Etage, Appt 5 (V.N) - Fès
Tél : 05.35.94.14.14 Fax : 05.35.94.14.15

Av. Lalla Asmaa, Imm. Echcharki 1er Etage, Appt 5, (V.N) - Fès
Tél : 05 35 94 14 14 / Fax : 05 35 94 14 15 / GSM : 06 61 42 70 60
E-mail : centrebiologiemaroc@gmail.com

Dossier créer le : 29-03-2019
Edité le : 29-03-2019

Mr YOUSFI ABDELKARIM
Dossier : 1903290004
Docteur : Dr BENBOUAZZA KARIMA

Page : 4

IMMUNO-SEROLOGIE

Protéine C-réactive (CRP)

Résultat:

(Technique Turbidimétrique)

2.0 mg/L (0.0-6.0)

Demande validée biologiquement par Dr LAABOUDI EL HASSANE

مركز التحليلات الطبية المغرب
CENTRE BIOLOGIE MAROC
Dr. LAABOUDI EL HASSANE
Av. Lalla Asmae Imm. Echcharki
1er Etage, Appt 5, (V.N) - Fès
Tél : 05.35.94.14.14 Fax : 05.35.94.14.15

Av. Lalla Asmae, Imm. Echcharki 1er Etage, Appt 5, (V.N) - Fès
Tél : 05 35 94 14 14 / Fax : 05 35 94 14 15 / GSM : 06 61 42 70 60
E-mail : centrebiologiemaroc@gmail.com

ICE : 001657016000072 - CNSS : 7485453 - Patente : 13100685 - I.F : 18003439
INPE : 143060416

Dossier créer le : 29-03-2019
Edité le : 30-03-2019

Mr YOUSFI ABDELKARIM
Dossier :1903290004
Docteur : Dr BENBOUAZZA KARIMA

Page : 4

VITAMINES

Vitamine D-25-Hydroxy-Vitamine D
(D2+D3)
(Tech:MINIVIDAS)

15.9 ng/ml

01-03-2018
31.5

<u>Valeurs usuelles(ng/ml)</u>	
Carence	: < 20ng/ml
Insuffisant	: 20-29 ng/ml
Suffisant	: 30-100 ng/ml
Toxicitépotentielle	: > 100ng/ml

CENTRE BIOLOGIE MAROC
Tél : 05 35 94 14 14
INPE : 143060416
Dr. LAABOUDI H.