

# 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.

## Biologie 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.

## Educateur :

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.

## Maladie :

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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 064034

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06811 Société : 47218

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AKESBI HABIB

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0670341287

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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

Déclaration de maladie N° P19-064034

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 :



# 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.



0670341287

Déclaration de Maladie : N° P19- 0016747

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04811 Société : Claver

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AKESBI HABIB Date de naissance : 1955

Adresse : HAY AL MOSTAK 12 Rue 52 n°6

Tél. : 0670341287 Total des frais engagés :

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 : Perle de Coeur

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Casablanca Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

## 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 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
09/11/2020		C	2809,10	
09/11/2020		U	123,20	
09/11/2020		CSC	250,00	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE OXYGENE</b> <b>SQUAD DEMANI TAZI</b> 1 bis, Bd Parnasse MARSEILLE - Tél. 022 34 41 14 06 22 32 62 52 / 06 09 22 71 46	11/20	123,60

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>LABORATOIRE ET RADIOLOGIE</b> Dr. M. COUATIER MARSEILLE Tél. 06 22 32 62 52 / 06 09 22 71 46	09/11/2020	DM x2	2000,00
	10/11/2020	3560	670,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

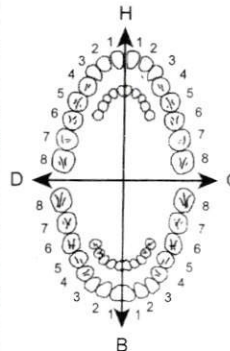
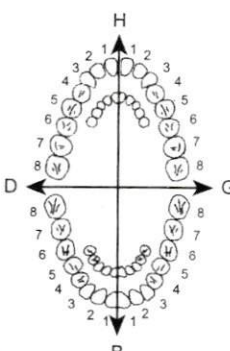
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة  
ORDONNANCE



Le 09/11/2022

M<sup>r</sup> er Habib AKESBI

Acte de connaissance  
ECG →

→ Epreuve d'effort

DR. AROUS Salim  
Cardiologie adulte et Pédiatrique  
Cardiologie interventionnelle  
INPE: 031197023

وصفة  
ORDONNANCE



Le 09/11/2022

M<sup>r</sup> El Habib Akesbi

Requête de connaissance

ECG 1

→ Holter ECG

Dr. AROUS Salim  
Cardiologie adulte et Pédiatrique  
Cardiologie interventionnelle  
INPE: 031197023





الضمان الاجتماعي

+0108+ +0108+

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة

ORDONNANCE



الإدارة II

INARA II

Afeshbi  
e. Habib

le 09.11.2020

ATCDS = D<sub>12</sub> sous T<sub>1</sub>

Perte de connaissance +  
Asthénie, sans T<sub>1</sub> Hôte  
ou de la gorge Gly = 1.63

⇒ TDM carbones  
Thrombocyte

Dr. Fatima Zahra JASSNI  
Médecin Généraliste  
Polyclinique CNSS-INARA II

وصفة  
ORDONNANCE



Le 09/11/2020

M<sup>r</sup> EL Habib AKESBI

1) - Inexium 40mg  
123.60 191,  
S.V.

T= 12360

Dr. AROUS Salim  
Cardiologie adulte et Pédiatrique  
Cardiologie interventionnelle  
INPE: 031197023

PHARMACIE  
SQUAD DEMINI TAZI  
1 bis, rue de la République  
Casablanca - Tél. 022 86 30 20  
05 22 86 42 05



الضمان الاجتماعي

الضمان الاجتماعي

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة

ORDONNANCE



الإدارة II

INARA II

le 08.11.2020

Akhsbi elhabib

ATCDs = DT<sub>2</sub> sous IT  
cby = 1.63

Perte de connaissance  
brutale. (TDH carb. red. Dend)

=> Faire SVP Ams  
cardio



وصفة  
ORDONNANCE



Le 09/11/2023

N<sup>R</sup> EL Habib AKESBI

LABORATOIRE EL KHALIL  
Dr. Abdelouahab EL KHALIL  
N°15: CHN 0522 86 30 20  
202, Bd Addamane, 20701, Casablanca, Morocco  
Tél: 05 22 86 30 20 / Fax: 05 22 86 30 20 / M

NFS - P<sub>9</sub>

uric. creat

AcAT, ASAT

CTI HDL, LDL, TG

CAY, HbA<sub>1c</sub>

LABORATOIRE EL KHALIL  
Mr AKESBI Habib  
N°(e) le : 05-01-1555 M  
201100030  
A coller sur l'ordonnance

ORDO

Dr. AROUS Salim  
Cardiologie adulte et pédiatrique  
Cardiologie interventionnelle  
INPE: 031197023



مختبر الخليل للتحليلات الطبية و البيولوجية

LABORATOIRE EL KHALIL D'Analyses Médicales et Biologiques

Biochimie - Bactériologie - Hématologie - Immunologie - Hormonologie - Oncologie - Parasitologie - Mycologie - Virologie - Spermologie

Dr. Hoda OUALI ALAMI

Médecin Biologiste  
Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat

د. هدى الوالي العلمي

INPE :



093061166

FACTURE N° : 2011100030

Casablanca le 10-11-2020

Mr Habib AKESBI

Demande N° 2011100030

Analyses :

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
0106	Cholestérol total	B30	B
0108	Cholestérol H D L	B50	B
0109	Cholestérol L D L	B50	B
0111	Créatinine	B30	B
0118	Glycémie	B30	B
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B
0134	Triglycérides	B60	B
0135	Urée	B30	B
0146	Transaminases O (TGO)	B50	B
0147	Transaminases P (TGP)	B50	B
0216	Numération formule	B80	B

Total des B : 560

TOTAL DOSSIER : 670.00DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : six cent soixante-dix dirhams

LABORATOIRE EL KHALIL  
Dr. Hoda OUALI ALAMI  
MÉDECIN BIologiste  
232, Bd El Khalil, Hay My Abdellah, Ain Chok  
TEL: 05 22 52 62 52 / FAX: 05 22 21 10 90 / WC

252, Bd. EL KHALIL , Hay My Abdellah, Ain Chok, Casablanca- Tél : 0522526252 / FAX: 0522211090

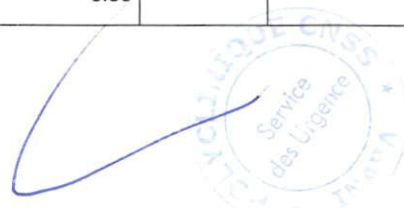
E-Mail : [labo.elkhalil@gmail.com](mailto:labo.elkhalil@gmail.com) - Patente N : 34046060 - I.F.N : 15214903 - CNSS : 4204096

ICE : 001603906000091

POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA  
Bd El-Qods Cité Inara 20150 CASABLANCA  
Tél : 0522-21-30-90 ( L.G ) Fax : 0522-50-48-06  
RDV : 0522-50-45-13  
INPE: 090001520 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 854411		N° SEJOUR : 200029724		<b>FACTURE N° 2005009172</b>		DATE D'ENTREE : 09/11/2020		DATE DE SORTIE : 09/11/2020		
ASSURE :				<b>UF: 5002 URGENCES</b> <b>N° IMMAT C.N.S.S :</b> <b>N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :</b> <b>N° SE. SOC. ETRANG. :</b>		<b>DESTINATAIRE :</b> <b>AKESBI,Habib</b>				
MALADE : AKESBI,Habib										
NOM JEUNE FILLE :										
TIERS PAYANT 1 :										
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :								
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
<b>CONSULTATION DE MEDECIN.</b>										
CONSULTATION DE GENERALISTE	C	1.00	80.00	80.00					0.00	80.00
<b>ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX</b>										
ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER	AMI	1.00	7.50	7.50					0.00	7.50
<b>PRODUITS PHARMACEUTIQUES</b>										
CLOPRAME 1 AMPOULE INJECTABLE GM	C144	1.00	1.48	1.48					0.00	1.48
SPASFON 1 AMP INJECT	S026	1.00	3.21	3.21					0.00	3.21
<b>FOURNITURES MEDICALES</b>				6.80					0.00	6.80



<b>Total à reporter</b>				<b>98.99</b>		<b>0.00</b>		<b>0.00</b>		<b>98.99</b>
-------------------------	--	--	--	--------------	--	-------------	--	-------------	--	--------------



N° PP : 854411	N° SEJOUR : 200029724	FACTURE N° 2005009172	DATE D'ENTREE: 09/11/2020	DATE DE SORTIE: 09/11/2020
UF de présence: 5002 URGENCES				

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT
Report page précédente				98.99		0.00		0.00		98.99

Intervenant : 10666 DR ZNASSNI FATIMA ZAHRA	TOTAUX :	98.99						98.99
Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE-VINGT DIX-HUIT DHS ET QUATRE-VINGT DIX-NEUF CENTIMES		PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
		REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
		RESTE DU:	98.99					
DATE FACTURE : 09/11/2020	EDITEE LE : 09/11/2020	PAR: ZARIA	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :	DATE AT :				
			Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA				
			BANQUE :	BMCE - INARA				
			N° compte bancaire :	011.780.0000 54 210 00 60 016 91				



POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef  
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux  
20100 CASABLANCA  
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020  
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP :	1177387	N° SEJOUR :	200072384	<b>FACTURE N° 2005045324</b>		DATE D'ENTREE : 09/11/2020		DATE DE SORTIE : 09/11/2020			
ASSURE :				UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : AKESBI,El Habib					
MALADE : AKESBI,El Habib											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :				REF. PC 2 :							
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh		TIERS PAYANT 2 % / Dh		PART DU MALADE % / Dh	
						MONTANT		MONTANT		MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN.											
CONSULTATION DE CARDIOLOGUE + ECG		CSC	1.00	250.00	250.00					0.00 250.00	

Intervenant : 09072019 DR AROUS SALIM CARDIOLOGUE		TOTAUX :		250.00					250.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT CINQUANTE DHS				PLAFOND PC :				ACOMPTE:	
				REMISE :	0.00	REGLE :		AVOIR :	
				RESTE DU :	250.00				
DATE FACTURE : 09/11/2020		EDITEE LE : 09/11/2020		PAR: KARIM		ACCIDENT DE TRAVAIL :			
VISA						N° DE POLICE :			
						DATE AT :			
						Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef			
						BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA			
						N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31			

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef  
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux  
20100 CASABLANCA  
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020  
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 1177387	N° SEJOUR : 200072383	<b>FACTURE N° 2005045323</b>		DATE D'ENTREE : 09/11/2020		DATE DE SORTIE : 09/11/2020				
ASSURE :				DESTINATAIRE :						
MALADE : AKESBI,El Habib		UF: 5002 URGENCES		AKESBI,El Habib						
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S :								
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :						
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN.										
VISITE GENERALISTE (JOURS FERIES,NUITS,A	V	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00

Intervenant : 06112011 DR RABANI ABDELTIF (GENERALISTE)	TOTAUX :	120.00						120.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC						ACOMPTE:	
GENT VINGT DHS	REMISE :	0.00	REGLE :				AVOIR :	
	RESTE DU :	120.00						
DATE FACTURE : 09/11/2020	EDITEE LE : 09/11/2020	PAR: KARIM	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :	DATE AT :				
			Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef				
			BANQUE :	BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA				
			N° compte bancaire :	011 780 0000 70 210 00 60 028 31				





INPE 090001512  
ICE 001757364000080

Polyclinique  
Derb-Ghalef

مصلحة الفحص بالأشعة

## SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : 09/11/2020

Patient (e) : AKESBI EL HABIB

### TDM CEREBRALE

#### TECHNIQUE

Examen réalisé en mode hélicoïdale sans injection du produit de contraste.

#### RESULTAT

Fosse cérébrale postérieure de morphologie normale.

Structures médianes en place.

Système ventriculaire de taille et de morphologie normale.

Absence d'anomalies de densité à l'étage sus et sous tentoriel.

#### CONCLUSION

TDM cérébrale ne révélant pas d'anomalies.

☐ I.R.M  
(1.5 Tesla)

☐ Scanner  
(Corps Entier)

☐ Radiologie  
Numérique

☐ Echo-Doppler  
(Couleur)

Dr. CHIKHAOUI Nabih  
Polyclinique CNSS  
Derb-Ghalef



INPE 090001512  
ICE 001757364000080

Polyclinique  
Derb-Ghalef

مصلحة الفحص بالأشعة

## SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : 09/11/2020

Patient (e) : AKESBI EL HABIB

### TDM THORACIQUE

#### TECHNIQUE

Examen réalisé en coupes axiales en mode hélicoïdal sans injection du produit de contraste.

#### RESULTAT

Multiples bulles d'emphysème.

Absence de nodule pulmonaire

Absence de foyer parenchymateux de type évolutif notable.

Absence d'image de dilatation des branches.

Silhouette cardio médiastinale normale.

Absence d'épanchement pleural.

#### CONCLUSION

Multiples bulles d'emphysème.

TDM thoracique ne révélant pas d'anomalie.

☐ I.R.M  
(1.5 Tesla)

☐ Scanner  
(Corps Entier)

☐ Radiologie  
Numérique

☐ Echo-Doppler  
(Couleur)

Pr CHIKHAOUI Nabil  
Radiologue  
Polyclinique CNSS  
Derb Ghalef

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef  
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux  
20100 CASABLANCA  
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020  
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



23

N° IPP : 1177361	N° SEJOUR : 200072338	FACTURE N° 2003007724	DATE D'ENTREE : 09/11/2020	DATE DE SORTIE : 09/11/2020
ASSURE :		DESTINATAIRE :		
MALADE : AHESBI, El Habib		AHESBI, El Habib		
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		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE RADIOLOGIE TDM	TDM	2.00	1000.00	2000.00					0.00	2000.00

Intervenant : 438055 DR CHIKHAOUI NABIL (RADIOLOGUE)	TOTAUX :	2000.00						2000.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX MILLE	PLAFOND PC :						ACOMPTE :	
	REMISE :	0.00	REGLE :				AVOIR :	
	RESTE DU :	2000.00						
DATE FACTURE : 09/11/2020	EDITEE LE : 09/11/2020	PAR: IMANE	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :	DATE AT :				
			Réglement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef				
			BANQUE :	BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA				
			N° compte bancaire :	011 780 0000 70 210 00 60 028 31				





Date du prélèvement : 10-11-2020

Code patient : 1905290012

Né(e) le : 05-01-1955 (65 ans)



Mr Habib AKESBI

Dossier N° : 2011100030

Prescripteur : Dr SALIM AROUS

### HEMATOLOGIE

#### HEMOGRAMME (Automate : HORIBA Medical ABX PENTRA 80 XL)

( Les valeurs de référence sont en fonction de l'âge, du sexe, de l'état physiologique du patient, une éventuelle grossesse...)

Hématies :	5,30	Millions/mm <sup>3</sup>	(4,30-5,76)
Hémoglobine :	15,8	g/dL	(13,5-17,2)
Hématocrite :	47,5	%	(39,5-50,5)
VGM :	90	fL	(80-101)
TCMH :	30	pg	(27-34)
CCMH :	33,3	g/dL	(28,0-36,0)
Leucocytes :	11 430	/mm <sup>3</sup>	(3 600-10 500)
Polynucléaires Neutrophiles :	77	%	
Soit:	8 801	/mm <sup>3</sup>	(2 000-7 500)
Lymphocytes :	14	%	
Soit:	1 600	/mm <sup>3</sup>	(1 000-5 000)
Monocytes :	7	%	
Soit:	800	/mm <sup>3</sup>	(<1 100)
Polynucléaires Eosinophiles :	2	%	
Soit:	229	/mm <sup>3</sup>	(0-600)
Polynucléaires Basophiles :	0	%	
Soit:	0	/mm <sup>3</sup>	(0-150)
Plaquettes :	356 000	/mm <sup>3</sup>	(150 000-450 000)
VMP	8,1	µm <sup>3</sup>	(6,0-11,0)

Commentaire :

Cytologie contrôlée sur frottis sanguin

LABORATOIRE EL KHALIL  
Dr. Hoda OUALI ALAMI  
MÉDECIN BIOLOGISTE  
252, Boulevard El Khalil, Hay Moulay Abdallah, Ain Chock  
Tél: 05 22 52 62 52 / Fax: 05 22 21 10 90 / E-mail: 2 : h.oualialami@gmail.com

Prélèvement à domicile sur Rendez-vous

252, Boulevard El Khalil, Hay Moulay Abdallah, Ain Chock - Casablanca

Tél : 05 22 52 62 52 / Fax : 05 22 21 10 90 - E-mail-1 : labo.elkhalil@gmail.com / E-mail-2 : h.oualialami@gmail.com

Patente : 34041060 - LE : 15214802 - CNSS : 4204004 - D.C. : 401510



Date du prélèvement : 10-11-2020 – 2011100030 – Mr Habib AKESBI

### BIOCHIMIE SANGUINE

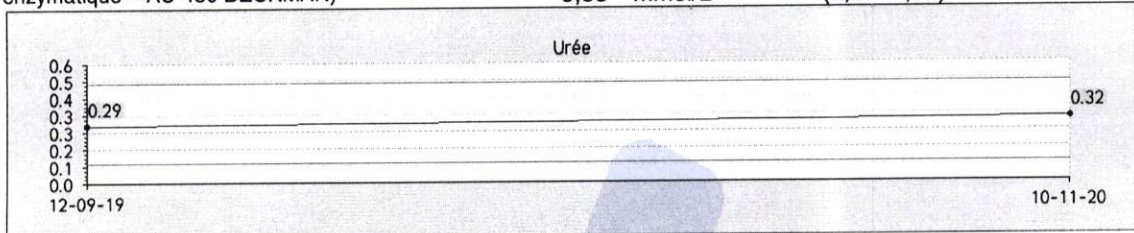
12-09-2019

#### Urée

(Dosage enzymatique – AU 480 BECKMAN)

0,32 g/L (0,10-0,50)  
5,33 mmol/L (1,67-8,33)

0,29



#### Créatinine

(Technique enzymatique –AU 480 BECKMAN)

8,5 mg/L (5,0-13,0)  
75,2 µmol/L (44,3-115,1)

#### Estimation du Débit de Filtration Glomérulaire(DFG) selon MDRD

(Patient d'origine africain-américain)

116 mL/min (>60)

\* MDRD = Modification of Diet in Renal Disease

\* Interprétation des résultats selon les recommandations internationales (HAS) :

- Clairance de la créatinine normale : > à 60 mL/min
- Insuffisance rénale modérée : 30 – 60 mL/min
- Insuffisance rénale sévère : 15 – 30 mL/min
- Insuffisance rénale terminale : < à 15 mL/min

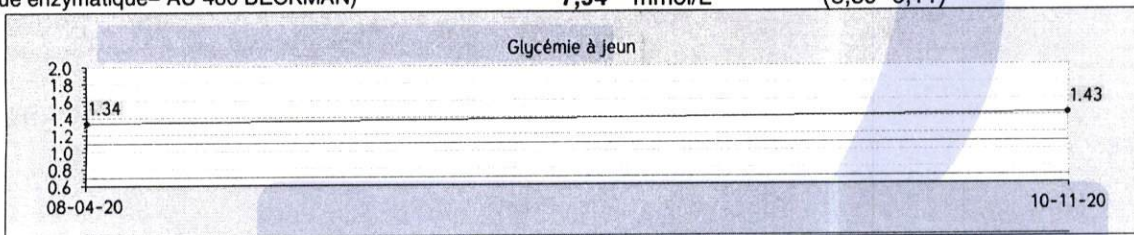
08-04-2020

#### Glycémie à jeun

(Technique enzymatique– AU 480 BECKMAN)

✓ 1,43 g/L (0,70-1,10)  
7,94 mmol/L (3,89-6,11)

1,34



LABORATOIRE EL KHALIL  
Dr. Hoda OUALI ALAMI  
MÉDECIN BIOLOGISTE  
252, Bd ELKHALIL, Hay Moulay Abdellah, Ain Chock - Casablanca  
Tél: 05 22 52 62 52 / Fax: 05 22 21 10 90 / E-mail: labo.elkhalil@gmail.com / E-mail-2: h.oualialami@gmail.com  
Rabat: 3404/2410 - LF: 15214822 - CNSS: 4204084 - RG: 421312 - IGE: 001403804000001  
FAX: 05 22 52 62 52 / FAX: 05 22 21 10 90 / W/C





Date du prélèvement : 10-11-2020 - 2011100030 - Mr Habib AKESBI

08-04-2020

**Hémoglobine glyquée (HbA1c)**

(Tosoh Biosciences GX - HPLC)

6,9 %

(4,0-6,0)

7,0

Variant Hémoglobine

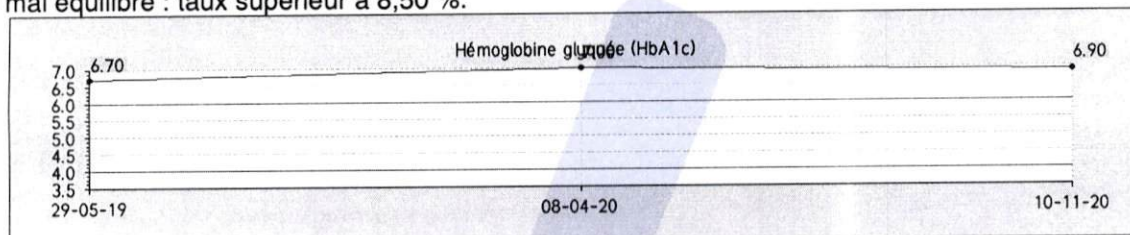
Absence de variant d'hémoglobine

### Valeurs de référence :

Sujet normoglycémique : 4,00 à 6,00 % de l'hémoglobine totale.

Sujet diabétique équilibré : objectif ciblé autour de 6,50 %.

Diabète mal équilibré : taux supérieur à 8,50 %.



**Triglycérides**

(Dosage enzymatique - AU 480 BECKMAN)

1,14 g/L

(0,35-1,50)

1,30 mmol/L

(0,40-1,71)

Résultats sous réserve d'un respect stricte de 12 heures de jeûn

**Cholestérol total**

(Dosage enzymatique - AU 480 BECKMAN)

2,80 g/l

(1,30-2,00)

7,24 mmol/L

(3,36-5,17)

Résultats sous réserve d'un respect stricte de 12 heures de jeûn

**HDL-Cholestérol**

(Immuno-turbidimétrie - AU 80 BECKMAN)

0,60 g/L

(0,35-0,94)

1,55 mmol/L

(0,91-2,43)

**LDL-Cholestérol**

(Calculé selon la formule de Friedwald.)

1,97 g/L

5,10 mmol/L

Valeurs cibles du LDL-Cholestérol selon les recommandations ANSM:

- 0 Facteur de risque : LDL < 2,20 g/L (5,70 mmol/L)
- 1 Facteur de risque : LDL < 1,90 g/L (4,90 mmol/L)
- 2 Facteurs de risque : LDL < 1,60 g/L (4,14 mmol/L)
- Plus de 2 facteurs de risque : LDL < 1,30 g/L (3,36 mmol/L)
- Antécédent de maladie cardiovasculaire avérée : LDL < 1,00 g/L (2,58 mmol/L)

Facteurs de risque : Diabète, Tabac, HTA, Obésité, Age > 60 ans, HDL < 0,40 g/L, Sédentarité, ATCD de maladie cardiovasculaire familiale.

LABORATOIRE EL KHALIL  
Dr. Hoda OUALI ALAMI  
MEDECIN BIOLOGISTE  
252, Bd El Khalil, Hay Moulay Abdallah, Ain Chock  
TEL: 05 22 52 62 52 / FAX: 05 22 21 10 90 / WC





# مختبر الخليل للتحليلات الطبية و البيولوجية

**LABORATOIRE EL KHALIL D'Analyses Médicales et Biologiques**

Biochimie - Bactériologie - Hématologie - Immunologie - Hormonologie - Oncologie - Parasitologie - Mycologie - Virologie - Spermiologie

Dr. Hoda OUALI ALAMI

Médecin Biologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat

د. هدى الوالي العلمي

Date du prélèvement : 10-11-2020 - 2011100030 - Mr Habib AKESBI

12-09-2019

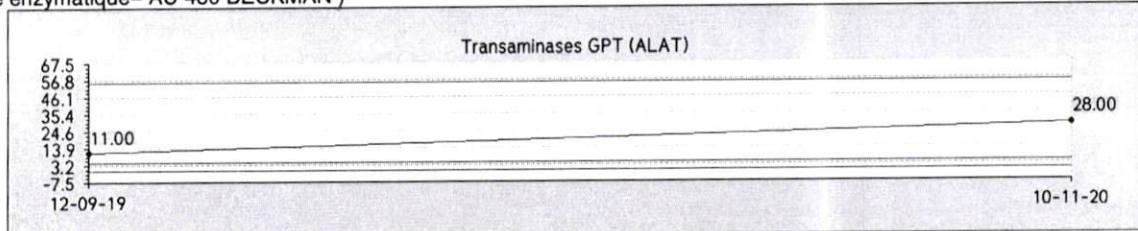
## Transaminases GPT (ALAT)

28 UI/L

(5-55)

11

(Dosage enzymatique- AU 480 BECKMAN)



12-09-2019

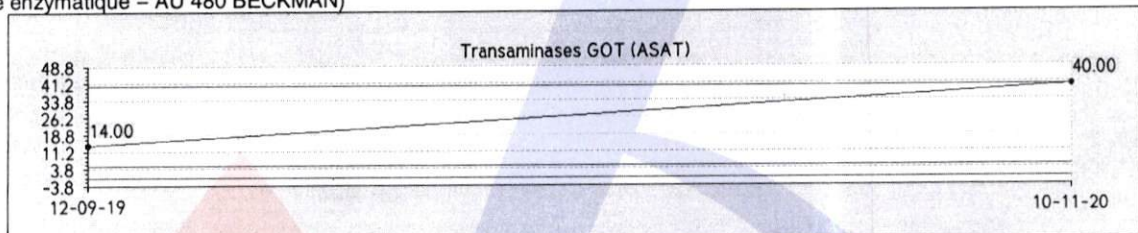
## Transaminases GOT (ASAT)

40 UI/L

(5-40)

14

(Dosage enzymatique - AU 480 BECKMAN)



### \* RAPPORT D'ANALYSE \*

LABORATOIRE KHALIL

2020/11/10 09:35

TOSOH V01.20

NO: 000F TB 0001 - 00

ID: 092011100030

CAL(N) = 1.1269X + 0.6139

TP 662

NOM	%	TEMPS	AIRE
FP	0.0	0.00	0.00
A1A	0.5	0.25	9.70
A1B	1.0	0.33	21.17
F	0.4	0.46	7.88
LA1C+	2.4	0.55	52.39
SA1C	6.9	0.68	119.15
AO	90.2	1.03	1940.28
AIRE TOTALE			2150.58

HbA1c 6.9%

HbA1 8.3 % HbF 0.4 %



Validé par : Dr Hoda OUALI ALAMI

LABORATOIRE EL KHALIL  
Dr. Hoda OUALI ALAMI  
MÉDECIN BIOLOGISTE  
Tél: 05 22 52 62 52 / Fax: 05 22 21 10 90 / WC

Prélèvement à domicile sur Rendez-vous

252, Boulevard El Khalil, Hay Moulay Abdellah, Ain Chock - Casablanca

Tél: 05 22 52 62 52 / Fax: 05 22 21 10 90 - E-mail-1: labo.elkhalil@gmail.com / E-mail-2: h.oualialami@gmail.com

Patente: 34044040 - LE: 15214802 - CINE: 4001001



Id. Pat :

Données : 09/11/2020 17:59:40 68 bpm

M. AKeshi et Hakim, DP 15/6

