

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.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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

M22- 0049826

157334

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1480 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL MOUSTI RACHID
Date de naissance : 26-06-49
Adresse : cité ATTADAMOUNE Rue 2 N°6 OULFA CASABLANCA
Tél : 0663875063 Total des frais engagés : 805,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément
CNOPS

Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : BENJALLOUN AMINA Age: 67
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 : CASABLANCA Le : / /
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

[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 canalaires, 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

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412

00000000

21433552

00000000

D

00000000

35533411

G

00000000

11433553

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

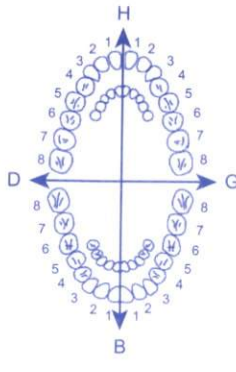
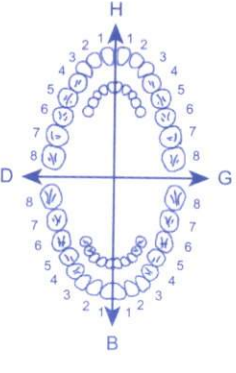
DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 <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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Les feuilles de soins relatives aux affections de longue durée (ALD) sont utilisées par les assurés disposant d'un Accord d'Exonération du Ticket Modérateur (ETM) attestant que le bénéficiaire est atteint d'une affection de longue durée. Elles sont utilisées uniquement pour les soins liés à l'ALD;

Le numéro de l'accord de l'ALD doit être porté à la première page de la feuille de soins. Sinon, il faut joindre copie de l'ETM au dossier de demande de remboursement;

Les résultats des analyses biologiques ne sont pas exigés lors du dépôt des dossiers de demande de remboursement au niveau de votre Mutuelle. Les résultats des examens radiologiques ne sont pas également exigés-sauf pour des cas précis (Visitez le site de la CNOPS pour plus de détail);

La feuille de soins doit porter l'INPE du médecin traitant et des professionnels de soins, ainsi que leur cachet, leur signature et la date des actes;

Le remboursement des dossiers de maladie s'effectue sur la base de la tarification Nationale de Référence;

Le dossier de remboursement doit être adressé ou présenté à la mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a un traitement médical continu. Dans ce cas, le dossier doit être présenté dans les 60 jours qui suivent la fin du traitement;

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues est passible des sanctions légales et réglementaires. (Article 135 de la Loi 65 - 00);

Pour plus d'informations, visitez le site www.cnops.org.ma ou le site de votre mutuelle.

Pour l'Assurance Maladie Obligatoire des Etudiants (AMOE) les bénéficiaires doivent renseigner leurs noms, le n° de la CIN et adresser le dossier de remboursement à la CNOPS au 4, rue Al KHALIL, B.P 209- Rabat.

تستعمل أوراق العلاج المتعلقة بالأمراض المزمنة من طرف المؤمنین الحاصلین على الموافقة على الإعفاء من الحصة المتبقية على عاتقهم ETM والتي تشهد بإصابة المستفيد بمرض مزمن أو طويل الأمد، كما تستعمل فقط بالنسبة للعلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة أو طويلة الأمد،

يجب تدوين رقم الموافقة على الإعفاء الموجود في الشهادة على الصفحة الأولى من ورقة العلاجات، وإلا فإنه من الضروري إرفاق نسخة من الموافقة على الإعفاء من الحصة المتبقية ETM بملف المرض.

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاضدية ولا بالإدلاء بنتائج الفحوصات الإشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (زوروا موقع الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل)

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقي مهنيي الصحة وتوقيعهم وختمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفات الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاضدية التي تنتمون إليها خلال الشهرين المواليين لتاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوما ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج.

يعاقب بغرامة وبإزجاج المبالغ المقبوضة بغير حق دون الإخلال بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة (المادة 135 من القانون 65-00).

للمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصندوق www.cnops.org.ma أو الموقع الإلكتروني للتعاضدية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE)، يجب على المستفيدين تدوين أسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية وإرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زقة الخليل ص.ب 209 الرباط.



ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم 1.1.01.01

رقم الهاتف (اختياري): N° du Tél (optionnel):

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن (ة)

الاسم العائلي والشخصي: **BENTALLOUN Amina** Nom et prénom :

رقم الانخراط: **1513844** N° Affiliation :

رقم التسجيل: **13121230552** N° Immatriculation :

رقم بطاقة التعريف الوطنية: **1787671** N° CIN :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن (ة): **ابن** Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* Conjoint ☒ زوج Enfant ☒ ابن

العنوان: **Cité Salamane, rue n°6 Azhari, EL oulfa, CASABLANCA** Adresse :

إجمالي المصاريف (بالدرهم): **805,70** Montant des frais (Dhs) :

عدد الوثائق المرفقة: **09** Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات Bénéficiaire de soins

الاسم العائلي والشخصي: **BENTALLOUN Amina** Nom et prénom :

تاريخ الازدياد: **12/11/1956** Date de naissance :

رقم بطاقة التعريف الوطنية: **1787671** N° CIN :

الجنس: **أنثى** Sexe*: Masculin ☐ ذكر Féminin ☒ أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE)

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج

Type de soins

نوع العلاجات

قبول المرض المزمّن: **oui** Admission ALD*: **oui**

رقم ملف المرض المزمّن: **11111111** N° dossier ALD*: **11111111**

رقم المرض المزمّن: **1111** Code ALD: **1111**

تم تقديم الطرف المغلق: **oui** Soins ambulatoires*: ☐ علاجات خارجية* Pli confidentiel remis*: **oui**

تاريخ الاستشفاء: **11/11/2023** Hospitalisation*: ☐ استشفاء* Date d'hospitalisation: **11/11/2023**

فعل إلى: **CASABLANCA** حرر ب: **17/11/2023** Le: **17/11/2023**

فعل إلى: **CASABLANCA** حرر ب: **17/11/2023** Le: **17/11/2023**

توقيع المؤمن (ة)
Signature de l'assuré (e)

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

أشهر بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Établissement de soins

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent:

تاريخ الإيداع: **11/11/2023** Date de dépôt du dossier: **11/11/2023**

* Cocher la mention utile pour chaque case

* ضع علامة في الخانة المناسبة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

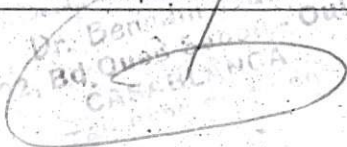
يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

وصف العمليات المجراة

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du médecin traitant
07/12/23		CSA E.C.G.		300000	
06/12/23		CSA		Comptant	

CIM - 10

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux										
02223	1 n 105.50											
	INP: <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
	INP: <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
	INP: <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

عمليات الإحياء، الأشعة والصور

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع ومطابق طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
06.02.2023		B 280		400,20	
INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []					
INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []					
INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []					

عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					



TAZI MOHAMED

مختبر التازي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

NF EN ISO 9001:2008

ASCH

CERTIFICAT MA-2015-XIV

QUALITEM

www.asch-qualitem.fr

TAZI KARIM

PHARMACIENS BIOLOGISTES - DIPLOMES D'ETUDES SPECIALES DE BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE,
HEMATOLOGIE, BACTERIOLOGIE ET VIROLOGIE

Madame BENJELLOUN AMINA

Réf. : 23B175

Examen du 06/02/23 - Edité le 06/02/23

Page : 1/2

ANALYSES

RESULTATS

UNITES

NORMALES ANTECEDENTS

NUMERATION SANGUINE (AUTOMATE SYSMEX XT-4000i)

21/12/2021

HEMATIES -----	4,31	106/mm ³	4,2 - 5,2	4,31
HEMOGLOBINE -----	14,0	g/100 ml	12 - 16	14,0
HEMATOCRITE -----	42,8	%	38 - 47	43,0
- VGM -----	99	μ ³	80 - 95	100
- TGMH -----	33	pg	27 - 33	33
- CGMH -----	33	g/100 ml	30 - 35	33

LEUCOCYTES -----	5 200	/mm ³	4000 - 10000	6300
------------------	-------	------------------	--------------	------

FORMULE

POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES -----	37	%	50 - 70	43
ou	1 924	/mm ³	2000 - 7500	2709
POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES -----	5	%	1 - 3	5
ou	260	/mm ³		315
POLYNUCLEAIRES BASOPHILES -----	0	%	< 1	0
ou	0	/mm ³		0
LYMPHOCYTES -----	43	%	20 - 40	38
ou	2 236	/mm ³	800 - 4000	2394
MONOCYTES -----	15	%	2 - 10	14
ou	780	/mm ³		882

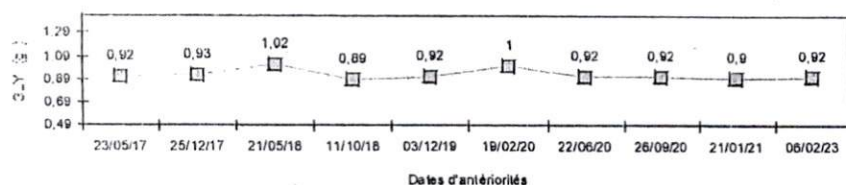
PLAQUETTES -----	215 000	/mm ³	150000 - 400000	251000
------------------	---------	------------------	-----------------	--------

OBSERVATIONS ----- Macrocytose

BIOCHIMIE (AUTOMATE ROCHE COBAS 6000)

21/01/2021

GLYCEMIE A JEUN -----	0,92	g/l	0,70 - 1,10	0,90
ou	5,10	mmol/l		





TAZI MOHAMED

مختبر التازي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

NF EN ISO 9001:2008

ASCH

CERTIFICAT MA-2018-VV

QUALITEM

www.asch-qualitem.fr

TAZI KARIM

PHARMACIENS BIOLOGISTES - DIPLOMES D'ETUDES SPECIALES DE BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE,
HEMATOLOGIE, BACTERIOLOGIE ET VIROLOGIE

Madame BENJELLOUN AMINA

Réf. : 23B175

Page : 2/2

Examen du 06/02/23 - Edité le 06/02/23

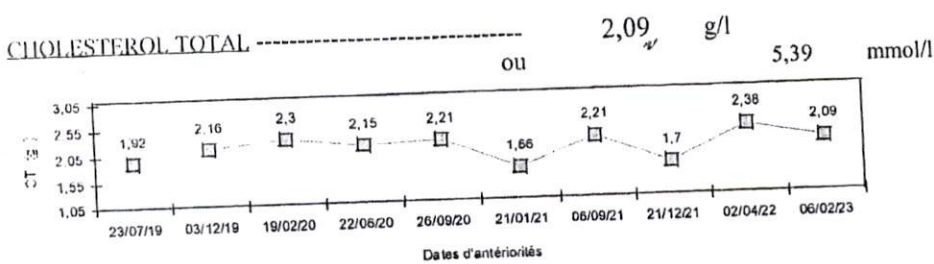
ANALYSES

RESULTATS

UNITES

NORMALES ANTECEDENTS

02/04/2022



CHOLESTEROL HDL -----	0,57	g/l	1,47	mmol/l	> 0,4	0,56
ou						
CHOLESTEROL LDL -----	1,36	g/l	3,51	mmol/l		1,58
ou						
TRIGLYCERIDES -----	0,81	g/l	0,93	mmol/l	0,35 - 1,35	1,18
ou						

LABORATOIRE TAZI
78, RUE D'ALGER - CASABLANCA
Tel: 05 22 27 28 08 - Fax: 05 22 29 64 86



application Assurer l'application

[Portailapps/www/index.php/assures/auth](#)
[Ma situation](#)
[Remboursements](#)
[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](#)
[PAYE](#)
[NON PAYE 1](#)

Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

b.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	A. Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
1	-	05/04/2023	Virement	-	805,70	528,25	88,98	617,23
79526758	03/03/2023	Payé en : 33 jours		BENJALLOUN AMINA	805,70	528,25	88,98	617,23
4	-	17/02/2023	Virement	-	4 455,10	1 090,20	161,54	1 251,74
1	-	02/02/2023	Virement	-	1 563,30	1 262,20	5,00	1 267,20
1	-	03/12/2022	Virement	-	1 300,00	400,00	50,00	450,00
2	-	31/10/2022	Virement	-	1 436,40	867,57	98,60	966,17
1	-	03/10/2022	Virement	-	969,70	250,02	40,58	290,60

Royaume du Maroc



MME BENJALLOUN AMINA
CT ATTADAMOUM R 2 N 6 AZ
DULFA
CASABLANCA
CASABLANCA CENTRE DE TRI
20000

Accusé de Réception



N° de Dossier :

79526758

Date et heure : 03/03/2023 09:52

Nom et prénom Assuré :

BENJALLOUN AMINA

Immatriculation :

93230532 / 090018027

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang :

BENJALLOUN AMINA

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 90129

Valeur en Dirhams :

805,70

Nombre de pièces :

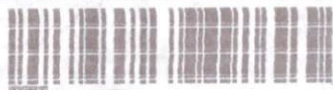
9

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE244

Nom Etablissement :

Royaume du Maroc

**CNOPS****Accusé de Réception****MME BENJALLOUN AMINA****CT ATTADAMOUN R 2 N 6 AZ****OULFA****CASABLANCA****CASABLANCA CENTRE DE TRI****20000****N° de Dossier :****79526758****Date et heure : 03/03/2023 09:52****Nom et prénom Assuré :****BENJALLOUN AMINA****Immatriculation :****93230532 / 090018027****Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:****BENJALLOUN AMINA****/ 01****Type de dossier :****FEUILLE DE SOINS****Lieu de réception :****CASA SIEGE 90129****Valeur en Dirhams :****805,70****Nombre de pièces :****9****Code Etablissement :****Agent de réception : 9MGE244****Nom Etablissement :**

Dr. Mehdi BENJELLOUN
Spécialiste des maladies
du coeur et des vaisseaux



الدكتور مهدي بنجلون
إختصاصي في أمراض القلب
والشرايين

Casablanca, le :07/02/2023.....

Nom et Prénom :

BENJELLOUN Amina

27.70 x 2



CARDIOASPIRINE 100

1 comprimé à midi après le repas, pendant 3 mois

50,10

NASONEX



1 pulvérisation

CORALAN 5

1 comprimé le matin

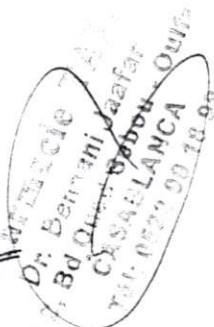
3 mois

DSTRESS

1 comprimé, matin et soir

DYNASTON

2 x 24



Dr. Mehdi BENJELLOUN

Spécialiste des maladies
du coeur et des vaisseaux



الدكتور مهدي بنجلون
إختصاصي في أمراض القلب
والشرايين

Casablanca, le :

06/02/23

Nom et Prénom :

BENJELLOUN AINA

Examen du sang

- ☐ Créatinémie
- ☐ Urée sanguine
- ☐ Acide urique
- ☒ Glycémie à jeun
- ☒ Cholestérol total. HDL. LDL
- ☒ Triglycérides
- ☐ SGOT - SGPT - G.T
- ☐ Marqueurs hépatites B et C
- ☒ VS. NFS avec plaquettes
- ☐ CPK
- ☐ CPKmb
- ☐ Vitamine D

- ☐ ASLO
- ☐ Fibrinémie
- ☐ Taux de prothrombine + INR
- ☐ Ionogramme sanguin
- ☐ P.S.A
- ☐ T3 ☐ T4 ☐ TSHus
- ☐ Hb Glycosylée
- ☐ Troponine
- ☐ C.R.P
- ☐ Electrophorèse des protides
- ☐ Protidémie
- ☐ D-Dimères

Examen des Urines

- ☐ Recherche de l'Albumine
- ☐ Microalbuminurie de 24 h
- ☐ E.C.B.U
- ☐ Ionogramme Urinaire

الدكتور مهدي بنجلون
Dr. Mehdi BENJELLOUN
RUE 2, N° 61 - 1er Etage - RP chhdia - EL Oulfa
Tel : 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14
IMPE : 91179578

رزمة 2, رقم 61 - الطابق الأول - مدخل الشهيدة - الألفة - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14 - البريد الإلكتروني : drmehdibenjelloun@gmail.com

Rue 2, N° 61 - 1er Etage - RP chhdia - EL Oulfa - Casablanca - Tél : 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14 E-mail : drmehdibenjelloun@gmail.com

71.447

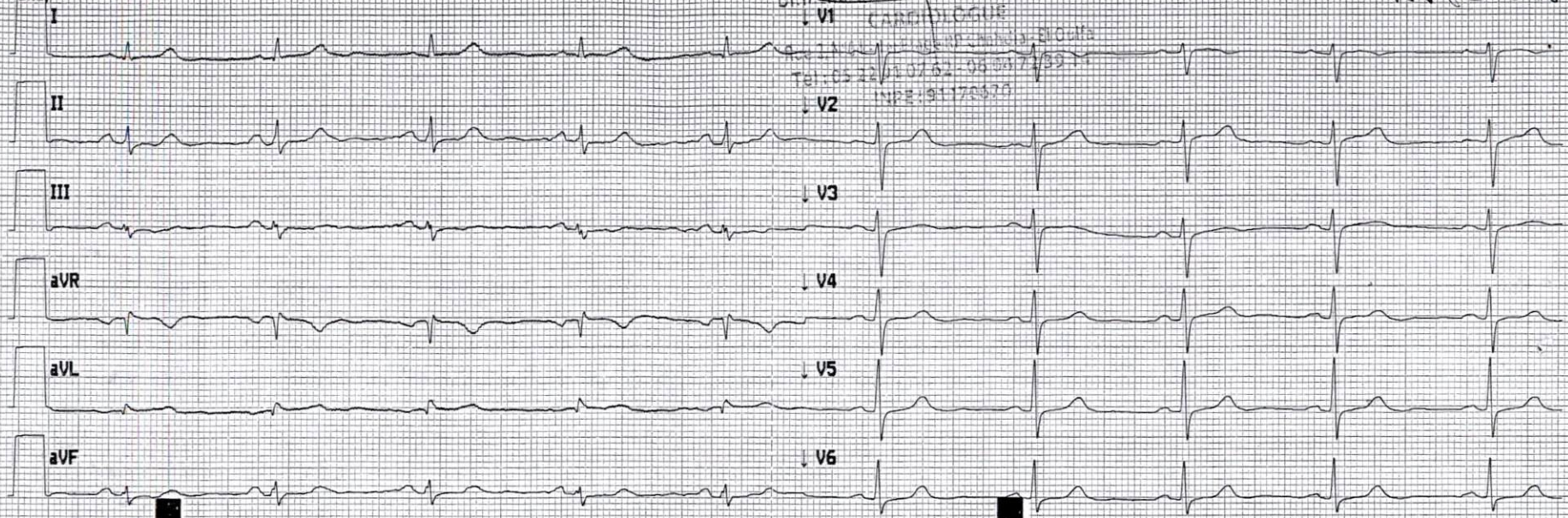
7-Fév-2023 11:48:09 Fréq. Card.: 59 BPM
 Axes P-R-T: 73 20 42 Int PR: 169ms
 Dur. QRS: 86ms QT/QTc: 404/404ms

7-Fév-2023 11:48:09

BENJELLOUN
 AMVA

ID:
 D-naiss: ans

Dr. N. BENJELLOUN
 CARDIOLOGUE
 Tel: 05 22 41 07 62 - 06 99 74 89 71
 INF: 91 17 00 37 0



114330225506

Dr benjelloun Mehdi

Site * 0 App.* 0

Version 2.0.3.5 Séque *27854 25mm/s 10mm/mV 0.05-40 Hz

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

78, Rue d'Alger - CASABLANCA

Tél. : 0522 27 28 08 - 27 53 88 - 27 52 39 . Fax : 0522 29 64 86

I.F 40 30 32 50

ICE 001656516000089 INPE: 093001246



T P : 35 504 101 - CNSS : 1121946 - R.C. : 187112 01

Casablanca le 6 février 2023

Madame BENJELLOUN AMINA

FACTURE N°

354055

Analyses :

Hémato : Numération formule plaquettes -----	B	80	
Chimie : Glycémie (à jeûn) -----	B	30	
Chimie : Cholestérol total -----	B	30	
Chimie : Cholestérol HDL+LDL -----	B	80	
Chimie : Triglycérides -----	B	60	Total : B 280

Prélèvements :

Sang----- Pc | 1,5 |

TOTAL DOSSIER

400,20 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
Quatre Cents Dirhams et Vingt Centimes

LABORATOIRE TAZI
TAZI Mohamed
BIOLOGISTE
78, Rue d'Alger - Casablanca
Tél: 0522 27 28 08 - 27 53 88 - 27 52 39

NASONEX 50 µg/dose

Suspension pour pulvérisation nasale

Flacon de 40 doses

P.P.V: 50,10 DH

Distribué par MSD Maroc



6 118001 150205 >

M008677
02 2025

MFD

BT12SR1 11 2025

Cardiopline 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

6 118001 090280

MFD

BT13EA1 02 2020

02 2025

Cardiopline 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

6 118001 090280