

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0033225

COMPLEMENT

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 702 Société : AS9380
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL DAROURI Niloud
Date de naissance : 01-01-48
Adresse : 51, Rue HASSANE II, EL HANA-Casa
Tél. : 0662413603 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

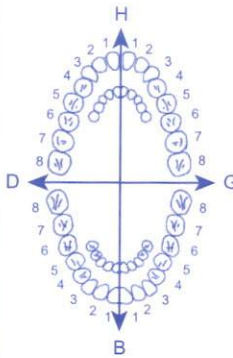
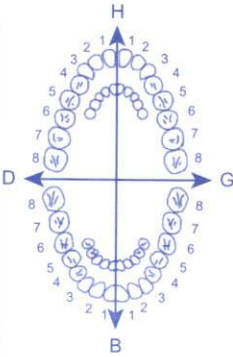
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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		
				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 00000000 35533411 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	<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 00000000 35533411 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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 : 25/04/2023 : بتاريخ :

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 165014319 رقم التسجيل
Règlements de la période : من
du : 25/04/2023 : إلى
au : 25/04/2023 : إلى

المُرسل إليه Destinataire
KOUIRI KHADIJA

Veuillez 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
استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أسس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الاداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de rembour- sement	Taux de rembour- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
KOUIRI KHADIJA											
118601358	06/04/2023	T113	RADIOLOGIE	200,00 ✓	127,50	17,00	1,00	127,50	70,00	25/04/2023	89,25
118601358	06/04/2023	B	LABORATOIRES D	1070,00 ✓	858,00	780,00	1,00	858,00	77,00	25/04/2023	660,66
118601358	06/04/2023	PH	ANALYSES PHARMACIES D	1187,00 ✓	0,00	1,00	3,00	0,00	0,00	25/04/2023	73,61
118601358	06/04/2023	C	OFFICINES TRAUMATOLOGIE	150,00 ✓	40,00	1,00	1,00	40,00	77,00	25/04/2023	30,80
118601358	06/04/2023	T165	ORTHOPEDIE RADIOLOGIE	210,00 ✓	255,00	34,00	1,00	255,00	70,00	25/04/2023	147,00
Total remboursé											1001,32
Total général remboursé											1001,32

- 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

Actes effectués			وصف العمليات المجرىة	
رمز العملية le des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
CS	15900		DOCTEUR AZIZ AMINE TRAUMATOLOGUE ORTHOPEDISTE VACATAIRE POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOU	
CS			DOCTEUR AZIZ AMINE TRAUMATOLOGUE ORTHOPEDISTE VACATAIRE POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOU	

CIM-10

IX عمليات المساعدين الطبيين				
رمز العمل de des ctes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء، الأشعة والصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
06-04-23	Rx	410,00		POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOU	
INPE et code à Barres 091184580					
08/04/23	B780		1070,00	LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES	
INPE et code à Barres 093061067					

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
6/4/23	1187,70	PHARMACIE SOPHIA 214, Bd Ben Mouloudj Sp. Sfax Tel: 0522 36 01 64
INPE et code à Barres I.N.P.E 092054360		
INPE et code à Barres		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total
-------------------------	---------------	----------	------------

٧٢ ٥ ٦ ٥ ٩ ١ ٧ ٧ ٧ ٧ ٩

suivre

soins par personne et par
être accompagnée de toutes
originales (ordonnances
).

de la personne soignée
ar les praticiens eux mêmes
soins.

transmises doivent être
codes à barres des
s.

s ainsi que les pièces
être présentées à la CNSS
qui suivent le premier acte
a un traitement médical
nier cas, le dossier doit être
xante (60) jours qui suivent

t des frais engagés sera
e la tarification nationale de

ne peuvent donner lieu au
suite à un accord préalable.
res est disponible auprès de

x accidents du travail et
elles ne sont pas couverts.

able de fraude ou de fausse
enir des prestations qui ne
ssible des sanctions légales

nboursement prise par la
ée au respect des conditions
se qui précède.

توقيع وطابع الوكالة
signature de l'Agence

تعليمات يجب إتباعها

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 المرسله بالرمز الشريطي للأدوية
المشترأة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية 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 التعريفه 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 للاستفادة من خدمات
غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

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

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

 <p>الضمان الاجتماعي +الCNSS+ +الCNSS+ CNSS</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p> <p>موافقة مسبقة * Entente préalable *</p> <p>تنفيذ * Exécution *</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>مرجع رقم 610-1-03</p>	<p>Ref : ANAM 1.202.01</p>
--	--	--	----------------------------

N° Dossier :

<p>Partie réservée à l'assuré(e)</p> <p>Nom et prénom : KOWIRI Khadija</p> <p>N° Immatriculation : 11650143419</p> <p>N° CIN : B 348175</p> <p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *</p> <p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/></p> <p>Adresse : 52, Rue Hassan EL HADDA CASA</p> <p>Montant des frais : 2.877 Dhs.</p> <p>Nombre de pièces jointes : 9</p>	<p>خاص بالمؤمن له (لها)</p> <p>الاسم العائلي و الشخصي :</p> <p>رقم التسجيل :</p> <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية :</p> <p>علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (لها) *</p> <p>العنوان :</p> <p>مبلغ المصاريف :</p> <p>عدد الوثائق المرفقة :</p>
--	--

<p>Déclaration du Médecin traitant</p> <p>Bénéficiaire de soins</p> <p>Nom et prénom : Kowiri Khadija</p> <p>Date de naissance : 11/11/1954</p> <p>N° CIN : 1111111111</p> <p>Sexe * : M <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/></p> <p>INPE et code à barres **</p>	<p>تصريح الطبيب المعالج</p> <p>المستفيد من العلاجات</p> <p>الاسم العائلي و الشخصي :</p> <p>تاريخ الإزدياد :</p> <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية :</p> <p>الجنس : *</p> <p>الرقم الوطني الاستدالي و الرقم المشفر **</p>
--	---

<p>Médecin traitant</p> <p>Dr. Amine AZIZ</p> <p>Traumatologie Orthopédie</p> <p>INPE 091036889</p>	<p>Etablissement de soins</p> <p>المؤسسة العلاجية</p>
---	---

<p>Type de soins</p> <p>Admission ALD * : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>N° dossier ALD : 1111111111</p> <p>Code ALD : 111111</p> <p>Maladie * <input type="checkbox"/> مرض * <input type="checkbox"/> Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء *</p>	<p>نوع العلاجات</p> <p>قبول المرض المزمن * :</p> <p>رقم ملف المرض المزمن :</p> <p>رمز المرض المزمن :</p>
---	--

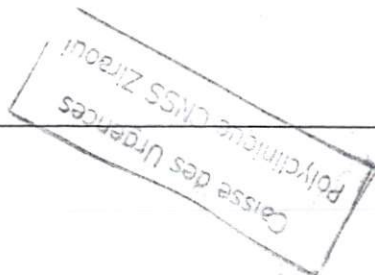
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p> <p>Fait à : CASAP</p> <p>Le : 12/11/2023</p>	<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p> <p>Fait à : CASAP</p> <p>Le : 06/04/2023</p>
--	---

POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOU
 Boulevard ZIRAOU 20000 CASABLANCA
 Tél: 0522-203856/57/59/60 Fax: 0522-22-29-91
 INPE: 090001553 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 7884		N° SEJOUR : 230014047		FACTURE N° 2302004796		DATE D'ENTREE : 06/04/2023		DATE DE SORTIE : 06/04/2023			
ASSURE :				DESTINATAIRE : KOUIRI KHADIJA							
MALADE : KOUIRI KHADIJA											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S. :							
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
ACTES COTES EN C CONSULTATION DE SPECIALISTE		Cs	1.00	150.00	150.00					0.00 150.00	

Intervenant : 52018 DR AZIZ AMINE ORTHOPEDISTE TRAUMATO		TOTAUX :		150.00						150.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE:		
				REMISE :	0.00	REGLE :	150.00		AVOIR :		
				RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 06/04/2023				EDITEE LE : 06/04/2023				PAR: R8658			
VISA				ACCIDENT DE TRAVAIL :							
				N° DE POLICE :				DATE AT :			
				Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOU							
				BANQUE :			B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA				
				N° compte bancaire :			011 780 00 00 43 210 00 60050 54				



المملكة المغربية
Royaume du Maroc



الضمان الاجتماعي
+الXOst+ + laCst+
CNSS
Le devoir de vous protéger

وصفة ORDONNANCE

6 118001 030040
VOLTARENE® LP 100 mg
Comprimé pelliculé
PPV : 51.30 DH
1232204 MA TA

Codoliprane®
Paracétamol / Codéine
400 mg/20 mg 16 Comprimés sécables
6 118000 040217

Codoliprane®
Paracétamol / Codéine
400 mg/20 mg 16 Comprimés sécables
6 118000 040217

le 06/04/2022

Kouici Khadija

51.30

11 Voltarine 100 mg

12.20 x 2

2 Codoliprane 400 mg/20 mg

198.00

31 Nouvelle Chimie

149.00 x 6

4 Flexima 120 mg

LOT PUC: 198.00 DH
C185
2025-01
CNK 3259-850
3 401020 354451 >
REV. 2021/01/C

6 111261 530022

6 111261 530022

6 111261 530022

6 111261 530022

6 111261 530022

6 111261 530022

1187.70

صيدلية صوفيا
PHARMACIE SOPHIA
Mme. Benbrahim Ed. Slaoui
214, Bd Ibnou Sina - CASA
Tél: 7822 36 01 56

DOCTEUR AZIZ AMINE
TRAUMATOLOGUE ORTHOPÉDISTE
VACATAIRE
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAGUI

المملكة المغربية
Royaume du Maroc



الضمان الاجتماعي
+الXOst+ + laCst+
CNSS
Le devoir de vous protéger

وصفة
ORDONNANCE

le 06/04/2023

M^e Kouin Khadifi

Rx rachis cervical
F+P

Rx épaule Dte
fac
mvt

Caisse des Urgences
Polyclinique CNSS Ziraoui

Caisse des Urgences
Polyclinique CNSS Ziraoui



DOCTEUR AZIZ AMINE
TRAUMATOLOGUE ORTHOPÉDISTE
VAGATAIRE
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOU

مصحة الضمان
POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ
ZIRAOU

FACTURE N° : 2304082009

INPE: 093061067 IF:14377655

Casablanca le 08-04-2023

Mme Khadija KOUIRI

Date de l'examen : 08-04-2023

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang	E25	E
	- Acide Urique	B30	B
	- Créatinine	B30	B
	- CRP	B100	B
	Glycémie à jeun	B30	B
	- Urée	B30	B
	- Vitesse de sédimentation	B30	B
	Vitamine D - 25- hydroxy-vitamine D - D2 + D3 :	B450	B
	- NFS	B80	B

Total des B : 780

TOTAL DOSSIER : 1070.00 DH

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

EVOLULAB
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
187, BOULEVARD IBNOU SINA - HAY EL HANA - CASABLANCA
TEL : 05 22 95 03 34 - FAX : 05 22 94 77 45 - E-MAIL : evolulab@hotmail.com
RC : 267035 - ICE : 001666539000001

المملكة المغربية
Royaume du Maroc



وصفة ORDONNANCE

N° Kouin Khadija

le 06/04/2023

- NFS
- VS
- ~~UAP~~ ~~glycémie~~ ~~ur~~
- ~~glycémie~~ ~~s p~~
- ~~D2 D3~~
- ~~urée, creatinine~~

DOCTEUR AZIZ ANINE
TRAUMATOLOGUE ORTHOPÉDISTE
VACATAIRE
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOU



JA
culté
de
lucti
olog
n: l

sat

dirh

SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie - Mammographie - Echographie - Doppler Couleur
Echographie Cardiaque - Scanner Multibarettes

COMPTE RENDU

Casablanca, le 06/04/2023

NOM : Mme KOUIRI Khadija.

MEDECIN DEMANDEUR : Dr A.AZIZ.

EXAMEN : Radiographies.

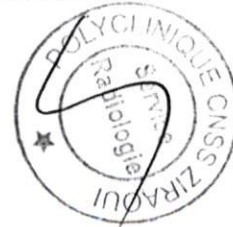
Rx. de l'épaule droite (F/P) :

- Déminéralisation osseuse diffuse.
- Remaniement dégénératif articulaire diffus.
- Ostéophytose céphalique supérieure de la tête fémorale.
- Absence de calcifications des parties molles.

Rx. du rachis cervical (F+P) :

- Rectitude modérée du rachis cervical de profil.
- Discrète Attitude scoliotique à concavité droite de face.
- Déminéralisation osseuse diffuse.
- Cervicarthrose étagée plus marquée au niveau des espaces C5-C6 et C6-C7.
- Respect de l'opacité des parties molles rétro-pharyngées.

Dr K. EL HASNAOUI



ZIRAOU

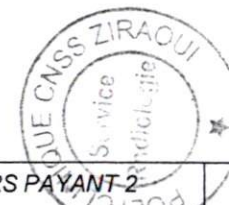
ZIRAOU 20000 CASABLANCA

Tel: 0522-203856/57/59/60 Fax: 0522-22-29-91

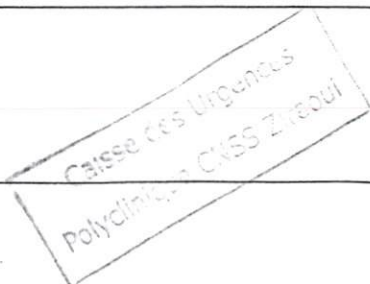
INPE: 090001553 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 7884	N° SEJOUR : 230014049	FACTURE N° 2303004240		DATE D'ENTREE : 06/04/2023		DATE DE SORTIE : 06/04/2023					
ASSURE :				DESTINATAIRE :							
MALADE : KOUIRI KHADIJA		UF: 5003 RADIOLOGIE		KOUIRI KHADIJA							
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		LETTE 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											
Acte de Radiologie Médicale		Z	41.00	10.00	410.00					0.00	410.00



Intervenant : 14116 DR ELHASNAOUI KHADIJA RADIOLOGUE	TOTAUX :	410.00						410.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE CENT DIX DHS		PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
		REMISE :	0.00	REGLE :	410.00		AVOIR :	
		RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 06/04/2023	EDITEE LE : 06/04/2023	PAR: R8658	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :			
		Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOU				
		BANQUE :		B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA				
		N° compte bancaire :		011 780 00 00 43 210 00 60050 54				



Date du prélèvement : 08-04-2023 à 12:20

Code patient : 1703152005

Né(e) le : 13-10-1954 (68 ans)

Mme Khadija KOUIRI

Dossier N° : 2304082009

Prescripteur : Dr AMINE AZIZ



HEMATOLOGIE

NUMERATION GLOBULAIRE(Sysmex XT-1800i)

09-11-2022

Leucocytes	4.98	G/L	(3.90-10.20)	4.94
Hématies	5.12	T/L	(3.85-5.20)	5.17
Hémoglobine	14.4	g/dL	(11.8-15.8)	14.2
Hématocrite	43.2	%	(35.0-45.5)	43.2
V.G.M	84.4	fL	(80.0-101.0)	83.6
T.C.M.H	28.1	pg	(27.0-34.0)	27.5
C.C.M.H	33.3	g/dL	(30.0-36.0)	32.9

FORMULE LEUCOCYTAIRE(Sysmex XT-1800i)

Poly. Neutrophiles	46.8	%		40.3
Soit	2.33	G/L	(1.50-7.70)	1.99
Poly. Eosinophiles	4.6	%		5.3
Soit	0.23	G/L	(0.02-1.10)	0.26
Poly. Basophiles	0.2	%		0.2
Soit	0.01	G/L	(<0.35)	0.01
Lymphocytes	39.4	%		45.3
Soit	1.96	G/L	(>1.00)	2.24
Monocytes	9.0	%		8.9
Soit	0.45	G/L	(0.10-2.70)	0.44
PLAQUETTES(Sysmex XT-1800i)	179	G/L	(150-450)	175

Commentaire :

Numération formule sanguine normale

- VITESSE DE SEDIMENTATION

Technique automatisée corrélée à la méthode de Westergreen

09-02-2022

- VS 1ère heure	10	mm	(<20)	15
- VS 2ème heure	21	mm		32

BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

09-11-2022

- Acide Urique
(Dosage enzymatique)

39 mg/L (26-60) 41

09-11-2022

- Urée
(Urease sur AU480)

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

Ev

Laboratoire EVOLULAB

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)

2304082009 - Mme Khadija KOUIRI

- Créatinine (Test colorimétrique enzymatique)	6.2 mg/L	(5.0-12.0)	09-11-2022
	54.9 µmol/L	(44.3-106.2)	6.7
- Glycémie à jeun (Beckman AU480)	0.90 G/L	(0.70-1.15)	09-11-2022
	5.00 mmol/L	(3.89-6.38)	0.88
- Protéine C-réactive (CRP) (Immunoturbidimétrie)	0.7 mg/L	(0.0-5.0)	09-02-2022
			1.3

ANALYSES SPECIALISEES

Vitamine D-25-hydroxy-vitamineD-D2+D3 (Technique ELFA sur Vidas)	23.90 ng/ml	09-11-2022
	47.80 nmol/L	21.00

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

Validé par le biologiste

Ev
EVOLULAB
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
187, BOULEVARD IBNOU SINA - HAY EL HANA - CASABLANCA
Tél : 05 22 95 03 34 - Fax : 05 22 94 77 45 - E-Mail : evolulab@hotmail.com
RC : 267035 - ICE : 001666539000001