

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 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
- 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'II-Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M23-011835

☒ 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. A 67425
Date de naissance : 26-06-49
Adresse : cité ATTADAMOUNE Rue 2 NR 6 OULFA
Tél. : 0663875063 Total des frais engagés : 842,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément
en DRS

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) :

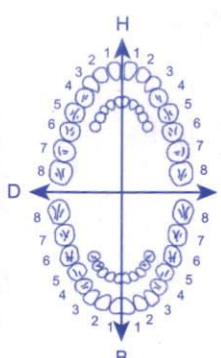
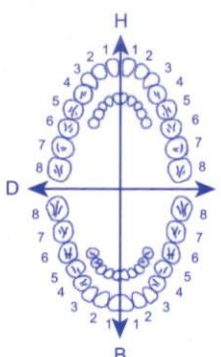
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---------------------|--|--|--|----------|----------|----------|----------|--------------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|--|--|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">D G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D G | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

La feuille de soins doit être renseignée, signée et accompagnée des pièces originales nécessaires (ordonnance médicale, factures, codes à barres, etc.);

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 votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il s'agit d'un traitement 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.

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتوقيع عليها وإرفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسلية للأدوية، إلخ...).

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 التعريفية 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 وإرجاع 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 إسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية و إرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زقة الخليل ص.ب 209 الرباط.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

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

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ة)

Nom et prénom : BENJALLOUN Amina الاسم العائلي والشخصي :

N° Affiliation : 153844 رقم الانخراط :

N° Immatriculation : 9322BD532 رقم التسجيل :

N° CIN : A787674 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

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

Adresse : Cité Tadamone, rue 2, n° 6 Azhari العنوان : Eloulfa - CASABLANCA

Montant des frais (Dhs) : 842,60 إجمالي المصاريف (بالدرهم) :

Nombre de pièces jointes : 10 عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : BENJALLOUN Amina الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : 01/13/56 تاريخ الميلاد :

N° CIN : A787674 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

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

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

| | |
|--|---|
| Maladie* <input checked="" type="checkbox"/> مرض* | Pli confidentiel remis* : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Maternité* <input type="checkbox"/> أمومة* | Date de grossesse : |
| Hospitalisation* <input type="checkbox"/> إستشفاء* | Date prévue d'accouchement : |
| Accident* <input type="checkbox"/> حادث* | Date d'hospitalisation : |
| | Date d'accident : |
| | Causes : |

Fait à : CASABLANCA حرر بـ :

Le : 01/13/56 في :

Toutefois, je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Toutefois, je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Toutefois, je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Toutefois, je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : CASABLANCA حرر بـ :

Le : 01/13/56 في :

Toutefois, je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Toutefois, je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Toutefois, je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Toutefois, je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

* 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

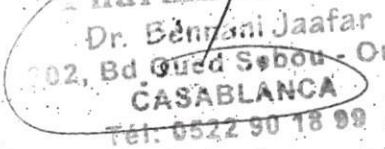
وصف العمليات المجراة

| 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 |
|-----------------------------------|--------------------------------|---|----------------------------|-----------------------------------|---|
| 16/5/23 | | CGT | | 300000 | Dr. M. BENJELLOUN CARDIOLOGUE Rue 27/01 - EL CHAGHER CHAGHER Tel: 05 22 91 07 62 - 06 04 7 INPE: 91170670 |
| 21/5/23 | | CGT ECG | | 300000 | Dr. M. BENJELLOUN CARDIOLOGUE Rue 27/01 - EL CHAGHER CHAGHER Tel: 05 22 91 07 62 - 06 04 7 INPE: 91170670 |
| | | | | | |
| | | | | | |

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

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 | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 2005.2028 | 1.162.60 |  | | | | | | | | | | |
| 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> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

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 وطابع طبيب الأشعة أو الإحصائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste |
|--------------------------------------|--------------------------------|---|----------------------------|-----------------------------------|---|
| 16/05/23 | B300 9PC | | | 380 DH | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| INP: 003064159 | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| INP: [] [] [] [] [] [] [] [] | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| INP: [] [] [] [] [] [] [] [] | | | | | |

Actes Paramédicaux

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 وظائف المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical |
|-----------------------------------|--------------------------------|---|----------------------------|-----------------------------------|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| INP : [][][][][][][][] | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| INP : [][][][][][][][] | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| INP : [][][][][][][][] | | | | | |
| | | | | | |

71.447

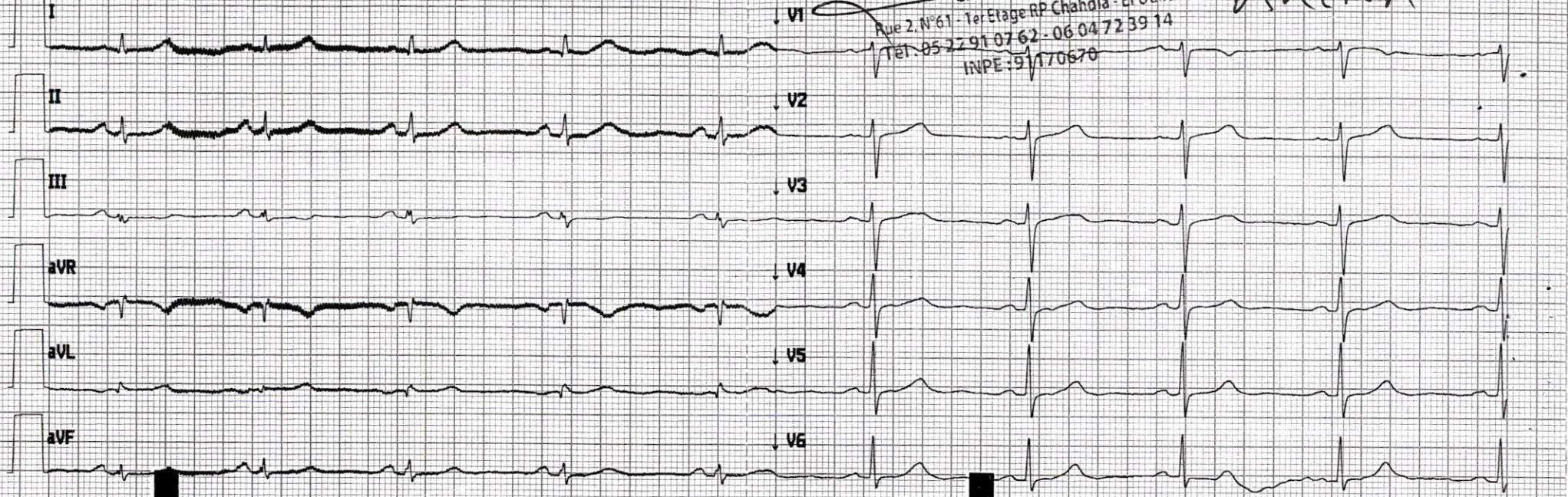
22-Mai-2023 15:37:20 Fréq. Card.: 57 BPM
Axes P-R-T: 69 52 37 Int PR: 174ms
Dur. QRS: 94ms QT/QTc: 432/425ms

22-Mai-2023 15:37:20

Dr. Mehdi BENJELLOUN الدكتور مهدي بن جلول
CARDIOLOGUE
Rue 2, N°61 - 1er Etage RP Chahdia - El Oulfa
Tél. 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14
INPE: 9170670

BENJALOUN
ANINA

ID:
D-naiss:
ans,



114330225506

Dr benjelloun Mehdi

Site * 0 App.* 0

Version 2.0.3.5 Séquence *29599 25mm/s 10mm/mV 0.05-40 Hz



Laboratoire Chahdia d'Analyses Médicales

مختبر الشهدية لتحليلات الطبية

Dr J.L.KHALLOUK / Médecin Biologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca, Ex Médecin Interne au CHU Ibn Rochd - Casablanca

Dossier ouvert le : 16/05/23

Prélèvement effectué à 08:41

Edition du : 16/05/23

Madame BENJALLOUN AMINA

Date de naissance : 01/03/1956

Réf : 23E545

Page : 1/2

Compte Rendu d'Analyses

HEMATOLOGIE

(Sysmex)

NUMERATION FORMULE SANGUINE

Normales Antériorités
(Femme Adulte)

26/05/22

GLOBULES ROUGES

| | | | |
|--------------------|--------------------------|-----------|------|
| Hématies -----: | 4,07 * M/mm ³ | 4,2 - 5,2 | 4,06 |
| Hémoglobine -----: | 13,1 g/100 ml | 12 - 16 | 13,3 |
| Hématocrite -----: | 39 % | 35 - 45 | 40 |
| - V.G.M. -----: | 85 μ ³ | 85 - 95 | |
| - T.C.M.H. -----: | 28 pg | 28 - 32 | |
| - C.C.M.H. -----: | 33 g/100 ml | 30 - 35 | |

GLOBULES BLANCS

| | | | |
|----------------------------------|------------------------|--------------|------|
| Numération des leucocytes -----: | 5 000 /mm ³ | 4000 - 10000 | 5400 |
|----------------------------------|------------------------|--------------|------|

Formule leucocytaire

| | | | |
|------------------------------------|------------------------|-------------|--|
| Polynucléaires Neutrophiles -----: | 57,5 % | 50 - 70 | |
| Soit : | 2 875 /mm ³ | 2000 - 7500 | |
| Polynucléaires Eosinophiles -----: | 3,0 % | 1 - 3 | |
| Soit : | 150 /mm ³ | 40 - 300 | |
| Polynucléaires Basophiles -----: | 0,0 % | < 1 | |
| Soit : | 0 /mm ³ | < 100 | |
| Lymphocytes -----: | 36,5 % | 20 - 40 | |
| Soit : | 1 825 /mm ³ | 1500 - 4000 | |
| Monocytes -----: | 3,0 % | 1 - 8 | |
| Soit : | 150 /mm ³ | 40 - 800 | |

PLAQUETTES

| | | | |
|-----------------|--------------------------|-----------------|--------|
| Résultat -----: | 198 000 /mm ³ | 150000 - 400000 | 232000 |
|-----------------|--------------------------|-----------------|--------|

LABORATOIRE CHAHDIA
D'ANALYSES MÉDICALES
Dr. J.L. KHALLOUK
Médecin Biologiste
349, Bd. Oued Daoura, 1er Etage, Lot. Chahdia
Oulfa - Casablanca - Tél. 05 22 93 33 44

349, Bd. Oued Daoura - Lot Chahdia 1er Etage Oulfa - Casablanca - Tél.: 05 22 93 33 44 - E-mail : labochahdia@gmail.com

349, شارع واد الدورة تجزئة الشهدية - الطابق الأول - الألفه الدا البيضاء - الهاتف : 05.22.93.33.44 - النقال : 07 66 41 93 94

labochahdia@gmail.com: البريد الإلكتروني - INPE : 093062149 / ICE : 001718112000062 / IF : 18800233



Laboratoire Chahdia d'Analyses Médicales

مختبر الشهدية للتحليلات الطبية

Dr J.L.KHALLOUK / Médecin Biologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca, Ex Médecin Interne au CHU Ibn Rochd - Casablanca

Dossier ouvert le : 16/05/23

Prélèvement effectué à 08:41

Edition du : 16/05/23

Madame BENJALLOUN AMINA

Date de naissance : 01/03/1956

Réf. : 23E545

Page : 1/2

Compte Rendu d'Analyses

HEMATOLOGIE

(Sysmex)

NUMERATION FORMULE SANGUINE

GLOBULES ROUGES

| | | | Normales (Femme Adulte) | Antériorités 26/05/22 |
|-------------------|--------------------------|--|----------------------------|--------------------------|
| Hématies ----- | 4,07 * M/mm ³ | | 4,2 - 5,2 | 4,06 |
| Hémoglobine ----- | 13,1 g/100 ml | | 12 - 16 | 13,3 |
| Hématocrite ----- | 39 % | | 35 - 45 | 40 |
| - V.G.M. ----- | 85 μ ³ | | 85 - 95 | |
| - T.C.M.H. ----- | 28 pg | | 28 - 32 | |
| - C.C.M.H. ----- | 33 g/100 ml | | 30 - 35 | |

GLOBULES BLANCS

| | | | | |
|-----------------------------------|------------------------|--|--------------|------|
| Numération des leucocytes ----- | 5 000 /mm ³ | | 4000 - 10000 | 5400 |
| Formule leucocytaire | | | | |
| Polynucléaires Neutrophiles ----- | 57,5 % | | 50 - 70 | |
| Soit : | 2 875 /mm ³ | | 2000 - 7500 | |
| Polynucléaires Eosinophiles ----- | 3,0 % | | 1 - 3 | |
| Soit : | 150 /mm ³ | | 40 - 300 | |
| Polynucléaires Basophiles ----- | 0,0 % | | < 1 | |
| Soit : | 0 /mm ³ | | < 100 | |
| Lymphocytes ----- | 36,5 % | | 20 - 40 | |
| Soit : | 1 825 /mm ³ | | 1500 - 4000 | |
| Monocytes ----- | 3,0 % | | 1 - 8 | |
| Soit : | 150 /mm ³ | | 40 - 800 | |

PLAQUETTES

| | | | | |
|----------------|--------------------------|--|-----------------|--------|
| Résultat ----- | 198 000 /mm ³ | | 150000 - 400000 | 232000 |
|----------------|--------------------------|--|-----------------|--------|

LABORATOIRE CHAHDIA
D'ANALYSES MÉDICALES
Dr. J.L. KHALLOUK
Médecin Biologiste
349, Bd. Oued Daoura, 1er Etage, Lot. Chahdia
Oulfa - Casablanca - Tel. 05 22 93 33 44

349, Bd. Oued Daoura - Lot Chahdia 1er Etage Oulfa - Casablanca - Tél.: 05 22 93 33 44 - E-mail : labochahdia@gmail.com

349, شارع واد الدورة تجزئة الشهدية - الطابق الأول - الألفه الدا البيضاء - الهاتف : 05.22.93.33.44 - النقال : 07 66 41 93 94

labochahdia@gmail.com - البريد الإلكتروني - INPE : 093062149 / ICE : 001718112000062 / IF : 18800233



Laboratoire Chahdia d'Analyses Médicales

مختبر الشهدية للتحليلات الطبية

LABORATOIRE CHAHDIA D'ANALYSES MEDICALES

Dr J.L.KHALLOUK / Médecin Biologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca, Ex.Médecin Interne au CHU Ibn Rochd - Casablanca

Dr J.L. KHALLOUK / Médecin Biologiste

349, Bd Oued Daoura Lot CHAHDIA Oulfa CASABLANCA- TEL 0522933344, Mail: labochahdia@gmail.com

INPE: 093062149 / ICE: 001718112000062 / IF : 18800233

Casablanca le 16 mai 2023

Madame BENJALLOUN AMINA

| | | | |
|-----------------------------------|----|------|---------------|
| FACTURE N° | | 9891 | |
| Analyses : | | | |
| Numération formule sanguine ----- | B | 80 | Total : B 300 |
| Glycémie (à jeûn) ----- | B | 30 | |
| Cholestérol total ----- | B | 30 | |
| Cholestérol HDL ----- | B | 50 | |
| Cholestérol LDL ----- | B | 50 | |
| Triglycérides ----- | B | 60 | |
| Prélèvements : | | | |
| Sang----- | Pc | 1,5 | |
| TOTAL DOSSIER | | | 380,00 DH |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois Cent Quatre vingt Dirhams

Laboratoire CHAHDIA
ANALYSES MEDICALES
Dr. J.L. KHALLOUK
Médecin Biologiste
349, Bd Oued Daoura Lot CHAHDIA
Oulfa - Casablanca - TEL 0522933344



MME BENJALLOUN AMINA

CT ATTADAMOUN R 2 N 6 AZ

OULFA

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI

20000

Accusé de Réception



N° de Dossier :

81046064

Date et heure : 24/05/2023 09:21

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 90158

Valeur en Dirhams :

842,60

Nombre de pièces : 10

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE398

Nom Etablissement :



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

Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

| Nb.Dossier(s) | Date de réception | Date Paiement | Mode Paiement | Bénéficiaire | Frais engagés | AMO | Mutuelle | Total |
|---------------|-------------------|--------------------|---------------|------------------|---------------|----------|----------|----------|
| - 2 | - | 28/06/2023 | Virement | - | 2 539,10 | 1 299,22 | 206,92 | 1 506,14 |
| 80966936 | 19/05/2023 | Payé en : 40 jours | | BENJALLOUN AMINA | 1 696,50 | 786,65 | 121,52 | 908,17 |
| 81046064 | 24/05/2023 | Payé en : 35 jours | | BENJALLOUN AMINA | 842,60 | 512,57 | 85,40 | 597,97 |
| 1 | - | 27/06/2023 | Virement | - | 2 026,70 | 1 184,87 | 162,26 | 1 347,13 |
| 1 | - | 22/06/2023 | Virement | - | 1 731,70 | 1 358,40 | 5,00 | 1 363,40 |
| 1 | - | 05/04/2023 | Virement | - | 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 |

Dr. Mehdi BENJELLOUN

Spécialiste des maladies
du coeur et des vaisseaux



الدكتور مهدي بنجلون
إختصاصي في أمراض القلب
والشرييين

Casablanca, le :22/05/2023.....

Nom et Prénom :

BENJALLOUN Amina

27.70 x 3.
CARDIOASPIRINE 100

79.50 1 comprimé à midi après le repas, pendant 3 mois

DYNATENS

20 gouttes matin midi et soir

TAM
S.V

TAM
S.V

1 - 162.60
Pharmacie TAM
Dr. Benani Jaafar
102, Bd Oued Sebou - Oulfa
CASABLANCA
Tél: 0522 90 12 89

Dr. Mehdi BENJELLOUN
CARDIOLOGUE
Rue 2, N° 61 - 1er Etage - Rp Chahdia - EL O
Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 1
INPE: 91170570

زئقة 2، رقم 61 - الطابق الأول - مدار الشهدية - 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

Dr. Mehdi BENJELLOUN

Spécialiste des maladies
du coeur et des vaisseaux



الدكتور مهدي بنجلون
إختصاصي في أمراض القلب
والشرايين

Casablanca, le :

Nom et Prénom :

18/05/23
BENJELLOUN Amine

Examen du sang

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Créatinémie | <input type="checkbox"/> ASLO |
| <input type="checkbox"/> Urée sanguine | <input type="checkbox"/> Fibrinémie |
| <input type="checkbox"/> Acide urique | <input type="checkbox"/> Taux de prothrombine +INR |
| <input checked="" type="checkbox"/> Glycémie à jeun | <input type="checkbox"/> Ionogramme sanguin |
| <input checked="" type="checkbox"/> Cholestérol total. HDL. LDL | <input type="checkbox"/> P.S.A |
| <input checked="" type="checkbox"/> Triglycérides | <input type="checkbox"/> T3 <input type="checkbox"/> T4 <input type="checkbox"/> TSHus |
| <input type="checkbox"/> SGOT - SGPT - G.T | <input type="checkbox"/> Hb Glycosylée |
| <input type="checkbox"/> Marqueurs hépatites B et C | <input type="checkbox"/> Troponine |
| <input checked="" type="checkbox"/> VS. NFS avec plaquettes | <input type="checkbox"/> C.R.P |
| <input type="checkbox"/> CPK | <input type="checkbox"/> Electrophorèse des protides |
| <input type="checkbox"/> CPKmb | <input type="checkbox"/> Protidémie |
| <input type="checkbox"/> Vitamine D | <input type="checkbox"/> D-Dimères |

Examen des Urines

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

Dr. Mehdi BENJELLOUN
CARDIOLOGUE
Rue 2 N° 61 - 1er Étage - EL Oulfa - Casablanca
05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14
INPE : 91170670

زقة 2، رقم 61 - الطابق الأول - مدار الشهيدة - الألفة - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14 - البريد الإلكتروني : drmehdibenjelloun@gmail.com

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

Lot: 220506
A consommer de préférence avant le: 07/2025
PPC: 79,50 DH



f.399
edge 22/0556

Pharmalife

Cardesine 100 mg/300gs
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27/70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Cardesine 100 mg/300gs
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27/70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Cardesine 100 mg/300gs
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27/70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

كاردين 100

حمض أسيتيل ساليسليك

كاردين 100

حمض أسيتيل ساليسليك

كاردين 100

حمض أسيتيل ساليسليك

كاردين 100

حمض أسيتيل ساليسليك

MFD 09 2019
BT12L53 09 2024
EXP

MFD 09 2019
BT12L53 09 2024
EXP

MFD 04 2020
BT13EA2 04 2025
EXP

UTILISATIONS