

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 : *Nejma*

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *00850*

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

EL MTOOUN Lahoucine

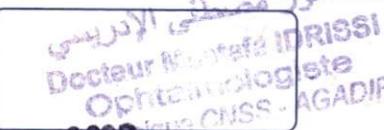
01/01/1948

Adresse : *Appt 4. Imm. MEHDI Rue IBN AL ARABI Cite Lakhyam AGADIR*

Tél. : *066 616 62 67* Total des frais engagés : *1118,41 DH* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



11 Mai 2023

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : *el mtooun Lahoucine*

Age : *75*

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

cataracte

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 : *AGADIR*

Le : *11/05/23*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

RELEVE 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
11/05/23			150,00	DR. DUALID Mustapha Anesthésiste Réanimateur - Vacancier Polyclinique CHSS - AGADIR
12/05/23			150,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Brahim d'AGADIR 42 Rue Ibn Yousef 1er tel 0528540018 AGADIR	15/05/23	PHARMACIE EL HAFIDI AVANTAGEANTE N°5 Dakhla AGADIR 0528540764 - TÉL 0528233765 120/11/23 355,00 INP

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
AGADIR POLYCLINIQUE DE LA SECURITE COTÉE	12/05/23	G Pan	302,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

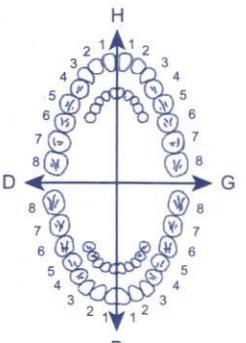
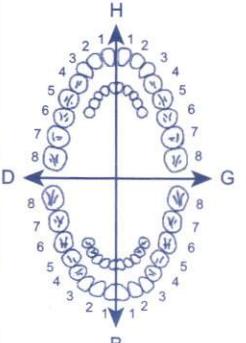
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE 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
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000	21433552 00000000	G 00000000 35533411	
	B 00000000	11433553		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				DATE DU DEVIS
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				DATE DE L'EXECUTION

Agadir, le : 11/07/23

M : EL MTOUN Lahcen

أكادير
AGADIR



74,80 ORDONNANCE

PPV : 51,60 Dhs
Bropdex® 0,3g / 0,1g
Tobramycine / Dexaméthasone
Flacon de 10 ml



6 118001 272549
Distribué par : ZENITHPHARMA,
96 zone industrielle Tassila Inezgane,
Agadir - Maroc. PPV : 20.80 dh

Cationorm®

Multi
Emulsion
Ophtalmique

PPC 178,00 DH

- Neuro - Chirurgie
- O.R.L
- Biologie (laboratoire)
- Radiologie

**CENTRE
D'HEMODIALYSE**

74,80 ORDONNANCE

1 Sepcen 500

1cp x 2/j pendant 5 j



2 Lefox

Non disponible
chez les grossistes

1 gtte x 4/j pendant 15 j

3 Bropdex

1 gtte x 4/j pendant 20 j

4 Frakidex pom

FRAKIDEX Pom. Ophta. 5 g
Distribué par : ZENITHPHARMA,
96 zone industrielle Tassila Inezgane,
Agadir - Maroc. PPV : 20.80 dh

AMM N°30/19/DMP/21/NRQDNM

5 Cationorm col

1 gtte x 3/j pendant 2 mois

6 Rondelles oculaires

51,60

20,80

178,00

3010

355,20

URGENCE

05 28 82 58 18

Consultation RDV

05 28 82 58 18

زنقة مولاي يوسف - ص ب : 3171 - أكادير - الهاتف : 05 28 84 66 21/25/27 - الفاكس : 05 28 84 66 24

Rue Moulay Youssef - B.P. 3171 - AGADIR - Tél : 05 28 84 66 21/25/27 - Fax : 05 28 84 66 24



أكادير
AGADIR

Agadir, le: 11 Mai 2023
M:

EL MTOUN (العنوان)

**SERVICE DES
URGENCES
24/24**

- * Cardiologie
- * Gastro-Entérologie
- * Pédiatrie (Neonatalogie)
- * Dermatologie
- * Endocrinio - Diabétologie
- * Pneumo - Physiologie
- * Ophtalmologie
- * Anesthésie - Réanimation
- * Urologie
- * Chirurgie Viscérale et digestive
- * Coelio - Chirurgie
- * Gynéco - Obstétrique
- * Traumato - Orthopédie
- * Neuro - Chirurgie
- * O.R.L
- * Biologie (laboratoire)
- * Radiologie

**CENTRE
D'HEMODIALYSE**

URGENCES
05 28 82 58 18

Consultation RDV
05 28 82 59 66

**MUPRAS**MUTUELLE DE PREVOYANCE &
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

le 1 Mai 2013

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

A remplir par l'Adhérent

Matricule: 00850 N° de poste: Nom et Prénom de l'adhérent: EL MTOUN Lahoucine N° Tél bureau:

Nom et Prénom du bénéficiaire: El mtoun Lahoucine N° Tél domicile: 06.6.16.62.67

A remplir par le praticien

Je soussigné: Décision: Estime que l'état de santé de M^{me}, M^{me}, M: EL MTOUN Lahoucine Nécessite: Un acte médical pour cataracte OD Un acte côté à la nomenclature: (préciser le coefficient) K100 D322Une hospitalisation de : (Approximatif) A: (préciser l'établissement hospitalier) Polyclinique CNSS AGADIR

Strictement confidentiel

Renseignement sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

opération cataracte OD

cachet, date et signature du praticien

A remplir par le médecin conseil de la MUPRAS

Décision: Polyclinique CNSS AGADIR

NB: cette demande d'accord préalable doit être adressée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable, sinon la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52

É - mail : Mupras @ royalairmaroc.com

POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR
 Extension X, Rue Moulay Youssef
 80000 AGADIR
 Tél: 0528-84-66-21/25/27 Fax: 0528-84-66-24
 INPE: 040001430 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP :	656220	N° SEJOUR :	230030144	FACTURE N° 2304001851				DATE D'ENTREE :	12/05/2023	DATE DE SORTIE :	12/05/2023		
ASSURE :								DESTINATAIRE :	EL MTOUN, Lahoucine				
MALADE :	UF: 5004 LABORATOIRE												
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			
ACTES DE BIOLOGIE ACTE DE BIOLOGIE MEDICALE	B	280.00	1.10	308.00						0.00	308.00		

Intervenant : 106999 EQUIPE BIOLOGISTES BIOLOGIE				TOTAUX :	308.00						308.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENT HUIT DHS				PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
				REMISE :	0.00	REGLE :	308.00			AVOIR:	
				RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 12/05/2023 EDITEE LE : 12/05/2023 PAR: ANFLOU				ACCIDENT DE TRAVAIL :							
VISA				N° DE POLICE :				DATE AT :			
				Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR							
				BANQUE : BMCE - AGADIR							
				N° compte bancaire : 011.010.0000.01.210.00.60686.03							

POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR
 Extensicn X, Rue Moulay Youssef
 80000 AGADIR
 Tél: 0528-84-66-21/25/27 Fax: 0528-84-66-24
 INPE: 040001430 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP :	656220	N° SEJOUR :	230030161	FACTURE N° 2302008726				DATE D'ENTREE : 12/05/2023		DATE DE SORTIE : 12/05/2023	
ASSURE :			UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI					DESTINATAIRE :			
MALADE :	EL MTOUN,Lahoucine		N° IMMAT C.N.S.S :		EL MTOUN,Lahoucine						
NOM JEUNE FILLE :			N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 1 :			N° SE. SOC. ETRANG. :								
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	
CONSULTATAION DE MEDECIN.	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00	
CONSULTATION DE SPECIALISTE											

Intervenant : 20037 DR OUALID MUSTAPHA (REANIMATEUR)	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 : 12/05/2023	EDITEE LE : 12/05/2023	PAR: ANFLOU	ACCIDENT DE TRAVAIL :						
VISA			N° DE POLICE :						
			DATE AT :						
			Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR						
			BANQUE : BMCE - AGADIR						
			N° compte bancaire : 011.010.0000.01.210.00.60686.03						





N° IPP :	656220	N° SEJOUR :	230030161	FACTURE N° 2302008726				DATE D'ENTREE :	12/05/2023	DATE DE SORTIE :	12/05/2023
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	EL MTOUN, Lahoucine		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI				EL MTOUN, Lahoucine				
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	
CONSULTATAION DE MEDECIN.											
CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00	
<i>Intervenant : 20037 DR OUALID MUSTAPHA (REANIMATEUR)</i>					150.00					150.00	
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> CENT CINQUANTE DHS					PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
					REMISE :	0.00	REGLE :	150.00		AVOIR:	
					RESTE DU:	0.00					
<i>DATE FACTURE : 12/05/2023</i>					<i>ACCIDENT DE TRAVAIL :</i>						
<i>EDITEE LE : 12/05/2023</i>					<i>N° DE POLICE :</i>						
					<i>DATE AT :</i>						
					<i>Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR</i>						
					<i>BANQUE : BMCE - AGADIR</i>						
					<i>N° compte bancaire : 011.010.0000.01.210.00.60686.03</i>						

POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR
 Extension X, Rue Moulay Youssef
 80000 AGADIR
 Tél: 0528-84-66-21/25/27 Fax: 0528-84-66-24
 INPE: 040001430 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP :	656220	N° SEJOUR :	230029874	FACTURE N° 2302008606				DATE D'ENTREE :	11/05/2023	DATE DE SORTIE :	11/05/2023
ASSURE :								DESTINATAIRE :	EL MTOUN, Lahoucine		
MALADE :	EL MTOUN, Lahoucine		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI								
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	
CONSULTATAION DE MEDECIN. CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00	

Intervenant :	20028 DR IDRISI MOUSTAFA (OPHTALMOLOGUE)	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 :	11/05/2023	EDITEE LE :	11/05/2023	PAR:	ANFLOU	ACCIDENT DE TRAVAIL :							
VISA				N° DE POLICE :	DATE AT :								
				Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR							
				BANQUE :		BMCE - AGADIR							
N° compte bancaire :		011.010.0000.01.210.00.60686.03											



LABORATOIRE DE LA C.N.S.S. AGADIR

Rue Moulay Youssef, B.P. 3171
Tél. : 048 84 66 21 / 25 / 27 - Fax : 048 84 66 24

DOCTEUR BENSELEM - PHARMACIEN BIOLOGISTE



Dossier ouvert le : 12/05/23

Monsieur EL MTOUN LAHOUCINE

Edition du : 12/05/23

Docteur MOUSTAFA IDRISI

Réf. : 23E448

N° du prélèvement : 132E54

Page : 2

Compte Rendu d'Analyses

BIOCHIMIE

Normales

Glycémie à jeûn	:	1,05	g/l	0,7 - 1,1
	Soit :	5,8	mmol/l	3,89 - 6,11
Urée	:	0,32	g/l	0,1 - 0,5
	Soit :	5	mmol/l	1,7 - 8,5

Polyclinique CNSS Agadir
Service Laboratoire

LABORATOIRE DE LA C.N.S.S. AGADIR

Rue Moulay Youssef, B.P. 3171
Tél. : 048 84 66 21/25 / 27 - Fax : 048 84 66 24

DOCTEUR BENSELEM - PHARMACIEN BIOLOGISTE

Dossier ouvert le : 12/05/23

Monsieur EL MTOOUN LAHOUCINE

Edition du : 12/05/23

Docteur MOUSTAFA IDRISI

Compte Rendu d'Analyses

Réf. : 23E448

N° du prélèvement : 132E54

Page : 1

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME (SYSMEX KX 21N)

Normales
(Homme Adulte)

NUMERATION GLOBULAIRE

Hématies	:	4,94	M/mm ³	4,2 - 5,7
Hémoglobine	:	15,2	g/100 ml	14 - 18
Hématocrite	:	46	%	40 - 52
V.G.M.	:	92	μ ³	80 - 95
T.C.M.H.	:	31	pg	28 - 32
C.C.M.H.	:	33	g/100 ml	30 - 35
Leucocytes	:	6 570	/mm ³	4000 - 10000

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires neutrophiles	:	52	%	3 416	/mm ³	2000 - 7500
Polynucléaires éosinophiles	:	1	%	66	/mm ³	40 - 300
Polynucléaires basophiles	:	1	%	66	/mm ³	< 100
Lymphocytes	:	38	%	2 497	/mm ³	1500 - 4000
Monocytes	:	8	%	526	/mm ³	40 - 800

PLAQUETTES

80 000	*	/mm ³	150000 - 400000
--------	---	------------------	-----------------

GROUPE SANGUIN

Groupe : O
Facteur rhésus : Positif.

HEMOSTASE

Normales

TEMPS DE QUICK

Temps du patient	:	12,6	sec	
Temps du témoin	:	13,0	sec	
Taux de prothrombine	:	100	%	70 - 100

TEMPS DE CEPHALINE + ACTIVATEUR

Temps du patient	:	30	sec	
Temps du témoin	:	30	sec	

Polyclinique CNSS Agadir
Service Laboratoire

POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR
 Extension X, Rue Moulay Youssef
 80000 AGADIR
 Tél: 0528-84-66-21/25/27 Fax: 0528-84-66-24
 INPE: 040001430 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



FACTURE N° 2304001851

DATE D'ENTREE : 12/05/2023 DATE DE SORTIE : 12/05/2023

N° IPP : 656220	N° SEJOUR : 230030144	FACTURE N° 2304001851				DATE D'ENTREE : 12/05/2023 DATE DE SORTIE : 12/05/2023				
ASSURE :										
MALADE : EL MTOUN, Lahoucine		UF: 5004 LABORATOIRE				DESTINATAIRE : EL MTOUN, Lahoucine				
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
ACTES DE BIOLOGIE ACTE DE BIOLOGIE MEDICALE	B	280.00	1.10	308.00					0.00	308.00

Intervenant : 106999 EQUIPE BIOLOGISTES BIOLOGIE			TOTAUX :		308.00					308.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :			PLAFOND PC :						ACOMPTE:		
TROIS CENT HUIT DHS			REMISE :		0.00	REGLE :	308.00		AVOIR :		
			RESTE DU:		0.00						
DATE FACTURE : 12/05/2023			EDITEE LE : 13/07/2023		PAR: AHLALO		ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA							DATE AT :				
							Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR				
							BANQUE : BMCE - AGADIR				
							N° compte bancaire : 011.010.0000.01.210.00.60686.03				



POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR
 Extension X, Rue Moulay Youssef
 30000 AGADIR
 Tél: 0528-84-66-21/25/27 Fax: 0528-84-66-24
 INPE: 040001430 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP :	656220	N° SEJOUR :	230030161	FACTURE N° 2302008726				DATE D'ENTREE : 12/05/2023		DATE DE SORTIE : 12/05/2023		
ASSURE :								DESTINATAIRE :				
MALADE :	EL MTOUN,Lahoucine				UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI							
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		
CONSULTATAION DE MEDECIN. CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00		

Intervenant : 20037 DR OUALID MUSTAPHA (REANIMATEUR)	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 : 12/05/2023	EDITEE LE : 13/07/2023	PAR: AHLALO	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>								
VISA					N° DE POLICE :				DATE AT :		
	Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR										
	BANQUE : BMCE - AGADIR										
	N° compte bancaire : 011.010.0000.01.210.00.60686.03										

Duplicate

 A circular stamp with the text "CNSS" and "DÉPARTEMENT DE LA SANTE" is partially visible, with a handwritten signature "Duplicate" written across it.

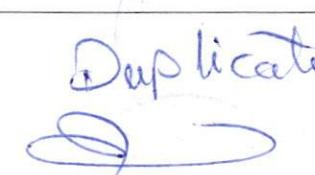
POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR
 Extension X, Rue Moulay Youssef
 80000 AGADIR
 Tél: 0528-84-66-21/25/27 Fax: 0528-84-66-24
 INPE: 040001430 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



FACTURE N° 2302008606

DATE D'ENTREE : 11/05/2023 DATE DE SORTIE : 11/05/2023

N° IPP : 656220	N° SEJOUR : 230029874	UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI N° IMMAT C.N.S.S :				DESTINATAIRE : EL MTOUN, Lahoucine				
ASSURE :										
MALADE : EL MTOUN, Lahoucine		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :				N° SE. SOC. ETRANG. :				
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
CONSULTATAION DE MEDECIN.										
CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 20028 DR IDRISI MOUSTAFA (OPHTALMOLOGUE)			TOTALS :		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 : 11/05/2023			EDITEE LE : 13/07/2023		PAR: AHLALO		ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA							N° DE POLICE :		DATE AT :			
							Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR			
							BANQUE :		BMCE - AGADIR			
							N° compte bancaire :		011.010.0000.01.210.00.60686.03			