

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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 - 1^{er} Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'HO
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 13 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

W21-847585

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 468 Société : 900091

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Melkoun

Nom & Prénom : Melkoun

Date de naissance : 20/01/2023

Adresse : 20000

Tél. : 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) :

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

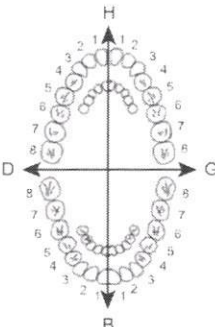
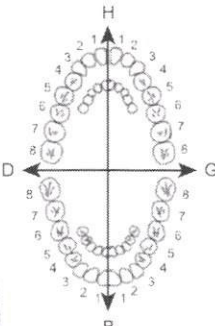
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratique en indiquant la nature des soins.

Important :


Veillez 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	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
						
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D </div> <div> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>					
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montant des Honoraires	MONTANTS DES SOINS
						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

000163607190

 الضمان الاجتماعي CNSS	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 Le : 04/03/2024	أصتر ب : بتاريخ :	Page 1 / 1 الصفحة
N° d'immatriculation 163607116 Règlements de la période du : 04/03/2024 : من au : 04/03/2024 : إلى		Destinataire MEKOUAR OUM KELTOUM المرسل إليه	

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 استفدت منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
MEKOUAR OUM KELTOUM											
94065121	15/02/2024	T101	RHUMATOLOGIE	200,00	112,50	15,00	1,00	112,50	70,00	02/03/2024	78,75
94065121	15/02/2024	T122	RHUMATOLOGIE	300,00	113,00	1,00	1,00	113,00	70,00	02/03/2024	79,10
94065121	15/02/2024	CS	RHUMATOLOGIE	400,00	60,00	1,00	1,00	60,00	70,00	02/03/2024	42,00
94065121	15/02/2024	B	LABORATOIRES D	2364,00	2354,00	2140,00	1,00	2354,00	70,00	02/03/2024	1647,80
94065121	15/02/2024	PH	ANALYSES PHARMACIES D	310,60	0,00	1,00	4,00	0,00	0,00	02/03/2024	124,04
94065121	15/02/2024	T164	OFFICINES RHUMATOLOGIE	860,00	75,00	10,00	2,00	150,00	70,00	02/03/2024	105,00
Total remboursé											2076,69
Total général remboursé											2076,69

- 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 بالمشجب الآلي على الرقم
 أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

دار المؤمن - ساحة دكاك - الدار البيضاء من ب.ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف: 0522 54 86 07 فاكس: 0522 54 86 73
 Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa-Gare - Téléphone : 0522 54 86 07 Fax : 0522 54 86 73

Indice de révision : 02_28.03.2018

CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF

Dr. BERRADA M.
Radiologue

Dr BENYAHIA Z.
Radiologue

Domiciliation bancaire : Compte N 013 7800 91 20 000183001 43 48 BMCI Agence Val d'Anfa-casa
Patente : 34770967 LF 1087675

Casablanca, le 16/02/2024

FACTURE

N/Ref : Facture N° FA1858/2024

Nom & Prénom : **MEKOUAR EP SKALLI KELTOUM**

Date d'examen : 16/02/2024

Examen(s)	
MAINS FACE GENOUX FACE RACHIS ENTIER FACE + PROFIL	
Montant TOTAL	1360 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
MILLE TROIS CENT SOIXANTE DH

Dr BENYAHIA Z
Radiologue
Tél: 02225.74.82 / 02225.30.30

RADIOLOGIE MAARIF
BERRADA M. BENYAHIA Z.
17, Rue Mohamed Bahl
Tél : 0522.25.74.82
Fax : 0522.23.77.05

17, Rue Mohamed BAHl (es. Rue Meissonnier) en face du bureau de pointage des taxis-
Maarif. Casablanca 20100 Tél : 0522257482.237934/253030. Fax : 0522237705

81 Et Hromax 600.

10013 x 2j

61 Rhinothral

1-1-1 x 2j

Dr. H. LAZRAK
Rhumatologue



صحة دار السلام
CLINIQUE DAR SALAM

Casablanca, le 15/02/2019

Mme DEKOUAR Oum Keltoum epd

1) Algixene 20 mg gel

1 - 0 - 1 x 10 jours au milieu des repas

2) Acetils cp

1 - 1 - 1 - 1 x 07j

3) Inexium 20

1 - 0 - 1 x 07j
après au coucher
1 - 0 - 0 x 05j

4) D-Cu forte

1 amp à boire 1x / 15 jours

URGENCE
Clinique DAR SALAM

URGENCES 24/24 مستعجلات

728, Bd Modibo keita Casablanca 20100 - Tél : +212 5 22 851 414 - Fax : +212 5 22 850 800 - E-mail : contact@cliniquedarsalam.ma
www.cliniquedarsalam.ma - CNSS : 6387246 - Par. n° 33372350 - 067352

Dr. H. LAZRAK
Rhumatologue



مستشفى دار السلام
CLINIQUE DAR SALAM

Casablanca, le 15/02/24

Mme MEKOUAR Oum KETOUmeprKALU

-11 RX des 2 mains de face

21 RX des 2 genoux en charge de face

31 RX du rachis entre \angle ϕ

Dr. H. LAZRAK
Rhumatologue

URGENCE
Clinique DAR SALAM

URGENTES 24/24 مستعجلات

728, Bd Modibo keita Casablanca 20100 - Tél : +212 5 22 851 414 - Fax : +212 5 22 830 880 - E-mail : contact@cliniquedarsalam.ma
www.cliniquedarsalam.ma - CNSS : 6387246 - Patente : 36372350 - IF : 1087352

H/Z

Casablanca le 16/02/2024

Mme. MEKOUAR EP SKALLI KELTOUM
DR LAZRAK HIND

RACHIS ENTIER F/P :

- Scoliose lombaire à convexité gauche avec un rayon de courbure estimé à 13,9° entre le plateau supérieur de D12 et le plateau inférieur de L4.
- Pas d'anomalie disco-vertébrale par ailleurs.

Rx DES MAINS FACE :

- Pas d'anomalie ostéo-articulaire.
- Pas de foyer osseux focalisé.
- Pas d'anomalie des parties molles.

Rx DES GENOUX EN CHARGE FACE :

- Discret pincement fémoro-tibial interne bilatéral.
- Pas d'anomalie ostéo-articulaire par ailleurs.
- Pas d'anomalie des parties molles.

Avec mes amicales salutations

DR BERRADA M.

17, Rue Mohamed BAH
Tél: 05 22 25 74 82
Fax: 05 22 23 30 30
RADIOLOGIE DU MAARIF
BERRADA M. H. MAARIF Z.

■ RADIOLOGIE NUMERIQUE
■ MAMMOGRAPHIE NUMERIQUE

■ PANORAMIQUE DENTAIRE NUMERIQUE

■ DENSITOMETRIE BIPHOTONIQUE

■ PANORAMIQUE DENTAIRE NUMERIQUE

■ SCANNER VCT (64 Barettes)

Angioscanner - Coroscanner
coloscanner - Denta-Scanner

■ I.R.M. (1,5 Tesla)

■ SCANNER CORPS ENTIER

16, Rue Mohamed BAH (EX. Rue Meissonier) en face du bureau de pointage des taxis - Maarif 20 100 Casablanca
Radiologie du Maarif Tél : 05 22 25 74 82 - 05 22 25 30 30 - 05 22 23 77 05 Fax : 05 22 23 77 05 I.C.E : 001745076000019
Centre IRM du Maarif IRM Tél : 05 22 23 23 12 - 05 22 99 30 31 - 05 22 25 38 73 irm-maarif@hotmail.fr I.C.E : 001744959000074
Patente : 34770967 I.F : 1087675



مصحة دار السلام
CLINIQUE DAR SALAM

24

Casablanca, le 15/02/24

M. MEKOUAR OUM KETOUN ep SKALI

- 1) NFS rgt
- 2) VS
- 3) CRP
- 4) Uric / Creat
- 5) Troubles urinaires
- 6) Glycémie à jeun
- 7) HbA1c
- 8) Acide urique
- 9) Cholestérol T < HDL
- 10) Triglycérides
- 11) AAN
- 12) Anti ECT
- 13) Ionogramme
- 14) Dosage de la 25(OH)D3

Dr. EL HAROUCI Mohamed Said
Laboratoire d'Analyses Médicales
LABOMEDIC
462, Rue Mustapha El Moani Casablanca
Tél: 05 22 27 65 24 - Fax: 05 22 27 65 73

URGENCE
CLINIQUE DAR SALAM

Dr. H. LAZRAK
Rhumatologue

URGENCES 24/24 مستعجلات

* RAPPORT D'ANALYSE *

LABOMEDIC

2024/02/16 10:47

VO1.22

TOSOH

NO: 0010 TB 0002 - 01

ID: MQ212

CAL(N) = 1.1701X + 0.5571

TP 1022

NOM	%	TEMPS	AIRE
FP	0.0	0.00	0.00
A1A	0.6	0.24	4.61
A1B	0.5	0.33	4.23
F	0.6	0.41	4.72
LA1C+	2.1	0.55	16.89
SA1C	5.9	0.68	36.34
AD	91.7	1.03	735.76
AIRE TOTALE			802.55

HbA1c 5.9%
IFCC 41 mmol/mol

HbA1 7.0 % HbF 0.6 %
0% 15%



مختبر التحاليل الطبية لبومديك LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOMEDIC

M.S. EL HAROUCHI

Pharmacien Biologiste - Ancien interne des hôpitaux de Lyon

CES : - Biochimie - Bactériologie - Hématologie
- Virologie - Parasitologie - Immunologie

الهاروشي محمد سعيد
إختصاصي في التحاليل الطبية

Prélèvement du : 16/02/2024 à 09:50:27

Edition du : 17/02/2024



6GG4995

Madame MEKOUAR EP SKALLI KELT

Dossier n° : MQ212

Dr. LAZRAK

Page : 4 / 4

Ac anti - Nucléaires

Ratio.....: 0,6

Ratio > 1.2.....: Positif

Ratio < 1.0.....: Négatif

Ratio compris entre 1 et 1.2: Douteux

Conclusion : Négatif

VITAMINES

Analyses	Resultats	Normes	Antécédents
----------	-----------	--------	-------------

VITAMINE D2/D3 (25 Hydroxy-vitamine D)

Résultat.....: 27,0 ug/l

25.7 : 15/05/2023

Valeurs souhaitables : > 30 ug/l

Insuffisance.....: 10 - 30 ug/l

Carence.....: < 10 ug/l

Toxicité.....: > 100 ug/l

Dr. EL HAROUCHI Mohamed Said
Laboratoire d'Analyses Médicales
LABOMEDIC
462, Rue Mustapha El Maâni Casablanca
Tél: 05 22 27 66 73 - Fax : 05 22 27 66 73

مختبر التحاليل الطبية لبومديك LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOMEDIC

M.S. EL HAROUCHE

Pharmacien Biologiste - Ancien interne des hôpitaux de Lyon

CES : - Biochimie - Bactériologie - Hématologie
- Virologie - Parasitologie - Immunologie

الهاروشي محمد سعيد
إختصاصي في التحاليل الطبية

Prélèvement du : 16/02/2024 à 09:50:27

Edition du : 17/02/2024



6GG4995

Madame MEKOUAR EP SKALLI KELT

Dossier n° : MQ212

Dr. LAZRAK

Page : 3 / 4

IMMUNO-SEROLOGIE

Analyses	Resultats	Normes	Antécédents
----------	-----------	--------	-------------

AC ANTI NUCLEAIRES SOLUBLES

RNP.....	Négatif
SM	Négatif
SSA.....	Négatif
SSB	Négatif
RO.52.....	Négatif
SCL-70.....	Négatif
PM-SCL 100.....	Négatif
Jo-1.....	Négatif
Centromère.....	Négatif
PCNA.....	Négatif
DNA.....	Négatif
Nucléosomes (NUC)....	Négatif
Histones.....	Négatif
Proteine P-Ribosomale:	Négatif
AMA-M2.....	Négatif

Dr. EL HAROUCHE Mohamed Said
Laboratoire d'Analyses Médicales
LABOMEDIC
462, Rue Mustapha El Maâni - Rond Point Hassan II - 21.000 Casablanca
Tél: 05.22.27.66.73 - Fax: 05.22.27.66.73

مختبر التحليلات الطبية لبومديك LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOMEDIC

M.S. EL HAROUCHI

Pharmacien Biologiste - Ancien interne des hôpitaux de Lyon

CES : - Biochimie - Bacteriologie - Hématologie
- Virologie - Parasitologie - Immunologie

الهاروشي محمد سعيد
إختصاصي في التحليلات الطبية

Prélèvement du : 16/02/2024 à 09:50:27

Edition du : 17/02/2024



6GG4995

Madame MEKOUAR EP SKALLI KELT

Dossier n° : MQ212

Dr. LAZRAK

Page : 1 / 4

HEMATOLOGIE

Analyses	Resultats	Normes	Antécédents
NUMERATION GLOBULAIRE		Femme	
Hémoglobine.....	13.4 g/dl	(12 à 15)	13.3 : 15/05/2023
Hématocrite.....	39.2 %	(36 à 47)	40 : 15/05/2023
Globules rouges.....	4.73 M/mm3	(3.8 à 5.5)	4.74 : 15/05/2023
VGM.....	83 µ3	(80 à 95)	84 : 15/05/2023
CCMH.....	34 pg	(28 à 36)	33 : 15/05/2023
TCMH.....	28 %	(28 à 36)	28 : 15/05/2023
Plaquettes.....	215000 /mm3	(150000 à 350000)	214000 : 15/05/2023
Globules blancs.....	6130 /mm3	(4000 à 10000)	6310 : 15/05/2023
FORMULE LEUCOCYTAIRE			
Polynucléaires Neutrophiles:	50 %	(50 à 75)	52 : 15/05/2023
soit.....	3065 /mm3	(2000 à 7500)	
Polynucléaires éosinophiles:	2 %	(1 à 3)	3 : 15/05/2023
soit.....	123 /mm3	(< = à 400)	
Polynucléaires basophiles...	0 %	(< = à 1)	0 : 15/05/2023
soit.....	0 /mm3	(< = à 150)	
Lymphocytes.....	38 %	(20 à 45)	40 : 15/05/2023
soit.....	2329 mm3	(1500 à 4000)	
* Monocytes.....	10 %	(2 à 8)	5 : 15/05/2023
soit.....	613 /mm3	(200 à 800)	
VITESSE DE SÉDIMENTATION			
VS 1ère heure.....	4 mm	(< = à 10)	7 : 27/07/2015
VS 2ème heure.....	12 mm	(< = à 20)	21 : 27/07/2015

Dr. EL HAROUCHI Mohamed Said
Laboratoire d'Analyses Médicales
LABOMEDIC
462, Rue Mustapha El Maâni - Casablanca
Tél.: 05.22.27.66.73/24 - Fax : 05.22.26.50.87

Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, ...).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les ordonnances transmises doivent être accompagnées des codes à barres des médicaments achetés.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNSS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Certaines prestations ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à accord préalable. La liste de ces dernières est disponible auprès de tout le réseau CNSS.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

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.

L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل 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 المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتركة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق 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 التعريفة 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 والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

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

توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent :	تاريخ الاستلام :
Date de dépôt du dossier :	Date d'arrivée :

 الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	12.01.01 Rég. ANAM
	موافقة مسبقة Entente préalable	تنفيذ Exécution	مرجع رقم 610-1-02 Réf. - 610-1-02	

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom :

N° Immatriculation : 11636041116

N° CIN : 13127003

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) :

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

Adresse : 4 Rue D'oran Gauthier Cas

Montant des frais : Dhs. درهم

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins :

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe : M ☐ ذكر ☐ F ☐ أنثى ☐

INPE et code à Barres :

Médecin traitant :

Type de soins :

Hospitalisation ☐ إستشفاء ☐ Maternité ☐ أمومة ☐ Accident ☐ حادث ☐ Maladie ☐ مرض ☐

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

Fait à :

Le :

توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et vérifiables.

Fait à :

Le :

توقيع وطابع الطبيب المعالج
Signature du médecin traitant

Dr. H. LAZRAK
Rhumatologue

* أنشط الخانة المناسبة
** Cocher la mention utile pour chaque case
** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres
الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة داكار - الدار البيضاء ص - ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف : 080 203 3333
CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP : 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOMEDIC

M.S. EL HAROUCHI (PHARMACIEN BIOLOGISTE).

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE LYON

462, Rue Mustapha El Maani - Casablanca Tel 1 : 0522-27.66.73

Tel 2 : 0522-27.66.24

GSM : 06.74.0202.52

I.C.E : 001543075000027 - RC : 1631 - Pat : 34201990 - CNSS : 128091

RIB : ATW(BCM)007780000000180200001626

INPE : 093000180

IF : 41802740

Date : 16/02/2024

MEKOUAR EP SKALLI KELTOUM

Facture N: 24 / 1799

Analyses Effectuées Le 16/02/2024

Code	Analyses	B	Coefficient	Prix en DH
B216	Numération formules plaquettes	80	1.1	88
B223	Vitesse de sédimentation	30	1.1	33
B370	Protéine C réactive	100	1.1	110
B135	Urée	30	1.1	33
B111	Créatinine	30	1.1	33
B146	Transaminases SGOT/ASAT	50	1.1	55
B147	Transaminases SGPT/ALAT	50	1.1	55
B118	Glycémie (à jeun)	30	1.1	33
B119	Hémoglobine glycosylée	100	1.1	110
B100	Acide urique	30	1.1	33
B106	Cholestérol total	30	1.1	33
B108	Cholestérol HDL	40	1.1	44
B109	Cholestérol LDL	40	1.1	44
B134	Triglycérides	60	1.1	66
B347	As anti - Nucléaires	180	1.1	198
B527	Ac Anti nucléaires solibles	600	1.1	660
B120	Ionogramme sanguin complet	160	1.1	176
	CALCIUM CORRIGE	100	1.1	110
B439	Vitamine D 25 HYDROXY	400	1.1	440
				Prelevements

TOTAL DOSSIER : 2364 dh

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE TROIS CENT SOIXANTE QUATRE DHS

Dr. EL HAROUCHI Mohamed Said
Laboratoire d'Analyses Médicales
LABOMEDIC
462, Rue Mustapha El Maani Casablanca
Tel: 05 22 27 66 73 Fax: 05 22 27 66 73