

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- 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.

N° W21-688622

COMPLEMENT

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 702

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL MAROUI N. Louel

Date de naissance :

21-01-48

Adresse :

51, Rue HASSANE II El Hana - Casablanca

Tél. : 066 824 3603

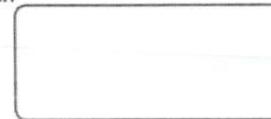
Total des frais engagés :

Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 :

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 : 02/01/2022

Le : 24/10/2022

à l'adhérent(e) : 702

Complément N° W21-688622

Document fourni:

1) Feuille maladie CNSC du 08/08/22

2) Décompte CNSC n°comptant DH 1013,01

3) ordonnance DR AZ12 ANNE 513, 20

4) Facture Ph. Sofia

5) Facture CNSC 8022 00 1190

6) ordonnance DR AZ12 ANNE (Analyses)

7) Facture EVOLULAB 849 990,00

8) Resultats analyses (2)

9) ordonnance DR AZ12 ANNE (Radic peau)

10) Complémentaire maladie (DR EVOLULAB)

11) Facture CNSC 803 00 1175 (DH 150,00)

بيان تعويضات التأمين الصحي
الإجباري

RELEVE DES PRESTATIONS
AMO



مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : REF : 610-2-06 :

Référence structurée : 220212943266015

Emis à Casablanca le : 22/02/2022

Page : 1

Identifiant de la famille تعریف العائلة

KOIRI KHADIJA
51 RUE HASSAN HAY EL HANA
CASABLANCA 2021

N° d'immatriculation : 165014319
Règlement du mois : 02/2022
Mode de paiement : Virement

Informations :

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصارييف Montant de la dépense	التعريفة المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement %	مبلغ التعويض Montant remboursé
KOIRI KHADIJA										
086367628	08/02/2022	CS	MEDECIN SPECIALISTE	150,00	150,00	1,00	1,00	150,00	77	115,50
086367628	08/02/2022	Z	MEDECIN SPECIALISTE	150,00	160,00	1,00	1,00	160,00	77	115,50
086367628	08/02/2022	B	BIOLOGIE	990,00	1,10	720,00	1,00	792,00	77	609,84
086367628	08/02/2022	PH	BIOLOGIE	513,20	73,60	1,00	1,00	73,60	77	56,67
086367627	12/02/2022	CS	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	77	115,50
086367627	12/02/2022	PHN	PHARMACIE	134,50	134,50	1,00	1,00	134,50	00	0,00
Total remboursé pour KHADIJA										1 013,01
Total général remboursé										1 013,01

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

وصف العمليات المجزأة				
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
08/02/22	CLINIQUE CNSS CONSULTATION DOU	150/00	150/00	DOCTEUR AZIZ AMIN TRAUMATOLOGUE ORTHOPÉDIQUE VACATAIRE POLYCLINIQUE CNSS ZIRAR
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

العمليات المساعدين الطبيين						
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
INPE et code à Barres						
INPE et code à Barres						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الأحياء، 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 الأحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
09/10/22 ca	215		110,000	Signature CNSS Ziraoui Assise des biologues
INPE et code à Barres 1111111111				EVOLU LAB LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES 187 Bd. Bourguiba - Sfax - Tunisie Tel: 0522 947745 Fax: 0522 947745 e-mail: lab@lab.tn
09/10/22	8920 + PS		990,000	
INPE et code à Barres 1111111111				

جدول الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المزمعة Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

نوع و وضع الصيدلي أو ممون التجهيزات Signature et Cachet du Pharmacien ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	الثمن المفوتر Prix facturé	تاريخ التنفيذ Date d'exécution
<i>Dr. Pharmacie de la Gendarmerie Mme. Benyamin 214, Bd Casablanca 022 300 22 300</i>	513, 20 34	08/02/ 2022
INPE et code à Barres	INPE	INPE et code à Barres
	092054360	

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

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

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 un 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 un 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.

توقيع وطبع الوكالة

Cachet et signature de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

خاص ب Directorate of the National Health Insurance
Réservé à la DAMO

تاريخ الاستلام : _____

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طيبة، فواتير, ...).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراء

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طيبة، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعريض المبالغ المصرفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

تعريض بعض الخدمات يظل رهنًا بطلب الموافقة المسبقة لانحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطر الناتجة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعريض.

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

حق التعريض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهن باحترام الشروط القانونية وكل مasic ذكره.

 الضمان الاجتماعي tel: 080 200 7200 - 080 203 3333 CNSS	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée	موافقة مسبقة* <input type="checkbox"/> Entente préalable*	تنفيذ* <input type="checkbox"/> Exécution*
--	---	---	--

Réf. : 610-1-03

مراجع رقم : 610-1-03

RÉF. : ANAM 1.2.02.01

خاص بالمؤمن له (لها)	
الإسم العائلي والشخصي :	
رقم التسجيل :	
رقم بطاقة التعريف الوطنية :	
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *	
زوج	<input type="checkbox"/> Conjoint
ابن	<input type="checkbox"/> Enfant
العنوان :	
مبلغ المصاريق :	
عدد الوثائق المرفقة :	
تصريح الطبيب المعالج	
المستفيد من العلاجات	
الإسم العائلي والشخصي :	
تاريخ الإزدياد :	
رقم بطاقة التعريف الوطنية :	
الجنس: *	
الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفق **	
نوع العلاجات	
قبول المرض المزمن:	
رقم ملف المرض المزمن:	
رمز المرض المزمن:	
استفادة *	
Hospitalisation* <input type="checkbox"/>	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و مسحة	
المعلومات المنقورة أعلاه	
جنس:	
العنوان :	
نوع العلاجات	
القبول بتصديقه و	

وصفة

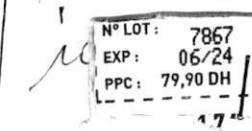
ORDONNANCE



الزراوبي
ZIRAOUI

le 28/02/2022

fl² Koui Khadija
16.20 Voltaren 75 mg 15
22.20 Volt 20 mg 15
21 Codolip 50
73.30 150 mg 15
21 Staffan 500 mg 15
188.00 150 mg 15
41 Paracétamol 500 mg 15
146.00 Volt 150 mg 15
51 Honart forte 500 mg 15
2 513.20



Dr. AZIZ AMINE
TRAUMATOLOGUE ORTHOPÉDISTE
VACATAIRE
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI
Dr. SOPHIE ZIRAOUI
Traumatologue
Télé: 0522 233622
Casablanca

صيدلية سوفيا PHARMACIE SOPHIA

Mme BENBRAHIM SALOUA ep. SLAOUI

FACTURE N°

Casablanca, le 08/02/2021

M...

Doit.

Quantité	DESIGNATION	P. U.	Total
10	ITAFLAG BAUME	75.90	75.90

214 Bd IBNOU SINA - CASABLANCA - Pat N°:34812282

Tél.: 0522 36 01 64

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



1

N° IPP :	734853	N° SEJOUR :	220004407	FACTURE N° 2202001190				DATE D'ENTREE : 08/02/2022		DATE DE SORTIE : 08/02/2022	
ASSURE :			DESTINATAIRE :					KOUIRI, Khadija			
MALADE :	KOUIRI, Khadija		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	
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 : 08/02/2022	EDITEE LE : 08/02/2022	PAR: SIBAI	ACCIDENT DE TRAVAIL :						
VISA			N° DE POLICE :			DATE AT :			
			Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI			BANQUE : B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA			
	N° compte bancaire : 011 780 00 00 43 210 00 60050 54								



وصفة

ORDONNANCE

le 08/04/2022

M^{me} Kourir Khadija

- NFS
- VS
- CRP
- *Acu-ELAB* *laboratoire d'analyses médicales*
Tél: 0522 950384 - Fax: 0522 951745
E-mail: elab@haiman.com.ma
- glycémie
- vit D2

DOCTEUR AZIZ AMINE
TRAUMATOLOGUE ORTHOPÉDISTE
VACATAIRE
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI

FACTURE N° : 2202092002

INPE: 093061067 IF:14377655

Casablanca le 09-02-2022

Mme Khadija KOUIRI

Date de l'examen : 09-02-2022

Analyses :

Récapitulatif des analyses

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

Total des B : 720

TOTAL DOSSIER : 990.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : neuf cent quatre-vingt-dix dirhams

EVOLULAB
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
187, Bd. Ibnou Sina - Casablanca
Tél: 0522 95 03 34 - Fax: 0522 94 77 45
E-mail: evolulab@hotmail.com

Date du prélèvement : 09-02-2022 à 08:41
Code patient : 1703152005
Né(e) le : 13-10-1954 (67 ans)



Mme Khadija KOURI
 Dossier N° : 2202092002
 Prescripteur : Dr AMINE AZIZ

HEMATOLOGIE

NUMERATION GLOBULAIRE(Sysmex XT-1800i)

11-09-2021

Leucocytes	5.27	G/L	(3.90-10.20)	4.96
Hématies	4.99	T/L	(3.85-5.20)	5.25
Hémoglobine	13.6	g/dL	(11.8-15.8)	14.4
Hématocrite	41.9	%	(35.0-45.5)	45.1
V.G.M	84.0	fL	(80.0-101.0)	85.9
T.C.M.H	27.3	pg	(27.0-34.0)	27.4
C.C.M.H	32.5	g/dL	(30.0-36.0)	31.9

FORMULE LEUCOCYTAIRE(Sysmex XT-1800i)

Poly. Neutrophiles	40.2	%	44.6
Soit	2.12	G/L	(1.50-7.70)
Poly. Eosinophiles	4.2	%	4.2
Soit	0.22	G/L	(0.02-1.10)
Poly. Basophiles	0.4	%	0.2
Soit	0.02	G/L	(<0.35)
Lymphocytes	45.9	%	49.0
Soit	2.42	G/L	(>1.00)
Monocytes	9.3	%	2.0
Soit	0.49	G/L	(0.10-2.70)
PLAQUETTES(Sysmex XT-1800i)	161	G/L	(150-450)

Commentaire : Numération formule sanguine normale

- VITESSE DE SEDIMENTATION

Technique automatisée corrélée à la méthode de Westergreen

12-12-2018

- VS 1ère heure	15	mm	(<20)	5
- VS 2ème heure	32	mm		12

BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

- Acide Urique (Dosage enzymatique)	41	mg/L	(26-60)	44
--	----	------	---------	----

- Glycémie à jeun (Beckman AU480)	0.80	G/L	(0.70-1.15)	0.84
	4.44	mmol/L	(3.89-6.38)	

2202092002 – Mme Khadija KOURI

29-04-2020

– Protéine C-réactive (CRP)
(Immunoturbidimétrie) 1.3 mg/L (0.0-5.0) 1.9

ANALYSES SPECIALISEES

11-09-2021

Vitamine D-25-hydroxy-vitamineD-D2+D3 38.50 ng/ml 24.30
(Technique ELFA sur Vidas) 77.00 nmol/L

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

Validé par le biologiste
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
Site: www.evolulab.com

وصفة

ORDONNANCE



le 08/02/2022

M⁴

Kou: Khadis^h

Re: femme DR en
change

face
profil

DOCTEUR AZIZ AMINE
TRAUMATOLOGUE ORTHOPÉDISTE
VAGATAIRE
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI



الضمان الاجتماعي

+○IHK○+ +○I○C○+
+○IHK○+ +○I○C○+

C N S S

Le devoir de vous protéger

IMAGERIE MEDICALE

مصحّة POLYCLINIQUE



الزيراوي
ZIRAOUI

Radiologie - Mammographie - Echographie - Doppler Couleur - Panoramique Dentaire -
Ostéodensitométrie - Scanner Multibarettes .

Casablanca, le 08/02/2022

NOM : Mme KOUIRI Khadija.

MEDECIN DEMANDEUR : Dr A.AZIZ.

EXAMEN : Radiographie genou droit (*F+P*).

- Pincement modérée du compartiment articulaire interne.
 - Image linéaire de tonalité calcique au niveau du compartiment interne.
 - Ostéophytose modérée des l'épines tibiales et polaires de la rotule.
 - Déminéralisation osseuse modérée.

Dr N. EL GHISSASSI



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



N° IPP :	734853	N° SEJOUR :	220004478	FACTURE N° 2203001175				DATE D'ENTREE :	08/02/2022	DATE DE SORTIE :	08/02/2022
ASSURE :								DESTINATAIRE :	KOUIRI, Khadija		
MALADE :	KOUIRI, Khadija				UF :	5003 RADIOLOGIE					
NOM JEUNE FILLE :					N° IMMAT C.N.S.S. :						
TIERS PAYANT 1 :					N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :						
TIERS PAYANT 2 :					N° SE. SOC. ETRANG. :						
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	
ACTES DE RADIOLOGIE Acte de Radiologie Médicale	Z	15.00	10.00	150.00					0.00	150.00	

Intervenant :	10494 DR EL GHISASSI NEZHA RADIOLOGIE	TOTAUX :	150.00						150.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :			PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
CENT CINQUANTE DHS			REMISE :	0.00	REGLE :	150.00			AVOIR :	
			RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE :	08/02/2022	EDITEE LE :	08/02/2022	PAR:	R8280	ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA					N° DE POLICE :	DATE AT :				
						Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI			
						BANQUE :	B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA			
						N° compte bancaire :	011 780 00 00 43 210 00 60050 54			

