

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.

Biologie 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.

Prothèse :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M21- 0051061

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 826 Société : AA5145

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : AMAROUCH Abdelaziz

Date de naissance : 22 03 1944

Adresse : 87 cite Badalabak Air Dial Case

Tél. 2661153365 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : HARAR Naime Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

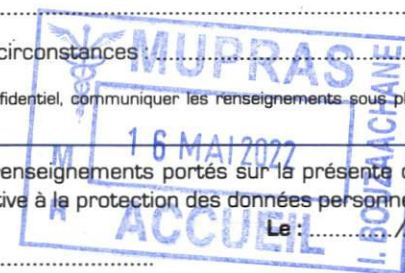
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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.

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث.

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

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

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

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 التعريف 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 و كل ما سبق ذكره.

<p>توقيع وطابع الوكالة</p> <p>Cachet et signature de l'Agence</p>	<p>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Réservé à la DAMO</p>
<p>Identification de l'agent :</p> <p>تاريخ الإيداع : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>	<p>تاريخ الإستلام : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>Date d'arrivée :</p>

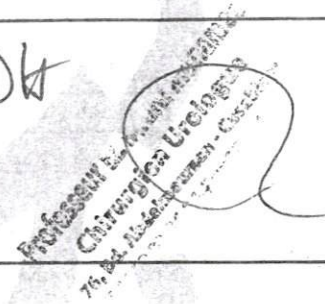
<p>الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</p> <p>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p> <p>موافقة مسبقة * Entente préalable *</p> <p>تنفيذ * Exécution *</p>	<p>برية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>مرجع رقم 610-1-03</p>
<p>N° Dossier :</p>		
<p>Partie réservée à l'assuré(e)</p>		
<p>ماتلي و الشخصي : HARRAR NAIMA</p> <p>N° Immatriculation : 1115-262126</p> <p>N° CIN : B 1119 334</p> <p>قاة التعريف الوطنية : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>قراية بين المستفيد و المؤمن له (لها) *</p> <p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/></p> <p>Adresse : 87, cite Baalabak au Diah case</p> <p>Montant des frais : 4.800 Dhs.</p> <p>مصاريف :</p> <p>Number de pièces jointes :</p>		
<p>Déclaration du Médecin traitant</p>		
<p>Bénéficiaire de soins</p> <p>Nom et prénom : HARRAR NAIMA</p> <p>Date de naissance : 11/10/1961</p> <p>N° CIN : B 1119 334</p> <p>Sexe * : M <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى</p> <p>INPE et code à barres **</p>		
<p>Médecin traitant</p> <p>الطبيب المعالج</p>	<p>Etablissement de soins</p> <p>المؤسسة العلاجية</p>	
<p>Type de soins</p> <p>Admission ALD * : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>N° dossier ALD : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>Code ALD : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>Maladie * <input type="checkbox"/> مرض * <input type="checkbox"/> Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء *</p>		
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه</p> <p>Fait à : 11/10/2022 ب : 11/10/2022 ف : 11/10/2022</p> <p>Le : 11/10/2022</p> <p>توقيع المؤمن له</p> <p>Signature de l'assuré (e)</p>		
<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. ألت المذكورة أعلاه بصداقية وصحة</p> <p>Fait à : 11/10/2022 ب : 11/10/2022 ف : 11/10/2022</p> <p>Le : 11/10/2022</p> <p>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية</p> <p>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de</p>		

* 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.

دار المؤمن - ساحة دافار - الدار البيضاء ص. ب. 2186 - الدار البيضاء المنطقة - الهاتف 080 200 7200 / 080 203 3333

Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

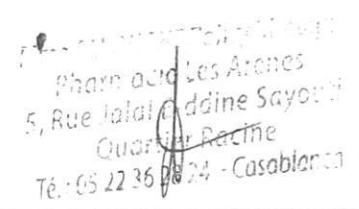
Description des actes effectués				وصف العمليات المجرأة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
16 MARS 2022		C3	\$3000k		
PE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _					
PE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _					

CIM-10

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين	
تاريخ العملية 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	
PE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _						
PE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _						

10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء، الأشعة و الصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _					
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _					
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة	
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		
16/03/22	T2 280,5			
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _ 092010842				
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _				

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

Professeur EL MRINI M
Chirurgien Urologue

Membre de la Société Internationale d'Urologie

الدكتور المريني محمد

أستاذ في جراحة الكلي والمسالك البولية
عضو الجمعية العالمية لجراحة
الكلي والمسالك البولية

Casablanca, le 1^{er} MAR 2022

n° *100000* *100000*

Proctaria



280,00

19/4 - 100000

Pharmacie Les Arènes
76, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél: 05 22 36 28 24 - Casablanca

Professeur EL MRINI M
Chirurgien Urologue
76, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél: 05 22 36 28 24 - Fax: 05 22 36 28 24




FEUILLE DES MEDICAMENTS

DIRECTION REGIONALE
ANFA
AGENCE MAARIF

Numéro d'immatriculation... 145 262 516
Nom et Prénom : HARAR Naima
Bénéficiaire :
TEL / GSM : 06 61 45 33 65

Partie réservée aux codes à barre des médicaments

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

تعليمات يجب إتباعها
تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث.
يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير...).

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

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي 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.

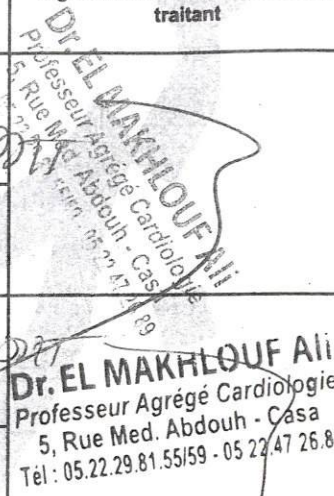
تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة. لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض 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 الإجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

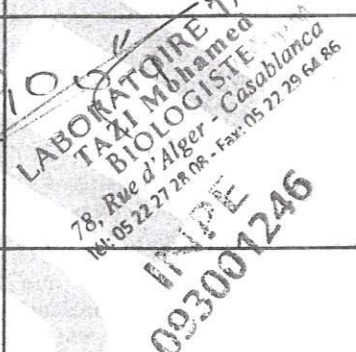
 الضمان الإجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée موافقة مسبقة * Entente préalable * تنفيذ * Exécution *	برية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم 610-1-03
N° Dossier :		
Partie réservée à l'assuré(e)		
المؤمن له (لها)		
ماتلي والشخصي : HABAR Naima		
ماتلي : 145262161		
N° CIN : 3129 334		
اقا التعريف الوطنية :		
لقراءة بين المستفيد و المؤمن له (لها) *		
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *		
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/>		
Adresse : 87, rue Baalabah au Diah case		
مصاريف : 4.453.420 Dhs.		
Montant des frais :		
لوثائق المرفقة :		
Nombre de pièces jointes :		
الطبيب المعالج		
أفيد من العلاجات		
Bénéficiaire de soins		
ماتلي والشخصي : HABAR Naima		
الزيادة : 27 10 14 14 14 14		
Date de naissance :		
N° CIN : 3129 334		
لأقة التعريف الوطنية :		
* : انثى <input checked="" type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/>		
Sexe * :		
وطني الاستدالي و الرقم المشفر **		
INPE et code à barres **		
091057851		
Médecin traitant		
عالمية المؤسسة العلاجية		
Etablissement de soins		
لاجات		
Type de soins		
Admission ALD * : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
N° dossier ALD : 145262161		
Code ALD : 145262161		
Maladie * <input type="checkbox"/> مرض * <input type="checkbox"/> Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء *		
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.		
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.		
Fait à : Casablanca		
Le : 14/03/2014		
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية		
Signature de l'assuré(e)		
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de		
* اشطب الخانة المناسبة		
* Cocher la mention utile pour chaque case		
** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des établissements de soins), ainsi que le code à barres.		
080 200 7200 / 080 203 3333 الهاتف - الدار البيضاء المحطة - الهاتف 2186 - الدار البيضاء ب.ب. 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333		

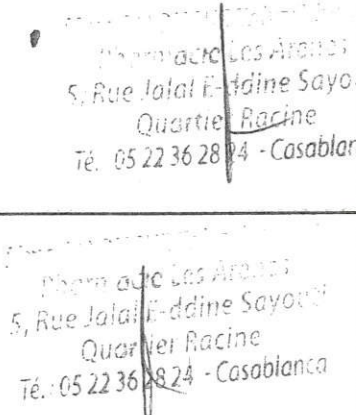
Description des actes effectués				وصف العمليات المجرأة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
19.03	2022	3	300		
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
203.222 Eudogyp Per					
Cachet 1000					
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					

CIM-10

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين	
تاريخ العملية 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 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1						
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1						

10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء، الأشعة و الصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
21.03	2022	B920	126910		
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة	
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		
22/3/22	T2 1543,80			
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 09 20 10 9 4 1				
	T2 49,60			
INPE et code à Barres 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1				

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الاجتماعي التأمين الإجباري CNSS	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-2-06 : REF
	Référence structurée : 220415017253601	Emis à Casablanca le :	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation : 145262516 Règlement du mois : 04/2022 Mode de paiement : Virement	HARAR NAIMA CITE BAALABAK N 87 AIN DIAB CASABLANCA 3200	
	Informations :		

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريف المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement %	مبلغ التعويض Montant remboursé
HARAR NAIMA										
089013626	16/03/2022	CS	MR ELMRINI MOHAMMED	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	95	142,50
089013624	19/03/2022	CS	MR ELMAKHLOUF ALI	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	95	142,50
089013624	19/03/2022	KE	MR ELMAKHLOUF ALI	1 000,00	650,00	1,00	1,00	650,00	95	617,50
089013624	19/03/2022	PH	PHARMACIE ARENES	1 593,40	453,00	1,00	1,00	453,00	95	430,35
089013624	19/03/2022	B	LABORATOIRE TAZI	1 260,00	1,10	920,00	1,00	1 012,00	95	961,40
Total remboursé pour NAIMA										2 294,25
Total général remboursé										2 294,25

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Casablanca, le 19/03/2022 في البيضاء

Nom et Prénom : M. HARRAR Naïma

Examen du sang

- ☐ Créatinémie
- ☐ Urée sanguine
- ☐ Acide Urique
- ☐ Glycémie à jeun
- ☐ Cholestérol total, HDL, LDL
- ☐ Triglycérides
- ☐ SGOT - SGPT - γ .G.T.
- ☐ Marqueurs hépatites B et C
- ☐ VS, NFS avec plaquettes
- ☐ CPK
- ☐ CPKmb
- ☐ Dosage de la vitamine D
- ☐ Ferritinémie
- ☐ ASLO
- ☐ Fibrinémie
- ☐ Taux de Prothrombine + INR
- ☐ Ionogramme sanguin + *calcium*
- ☐ P.S.A.
- ☐ T3 ☐ T4 ☐ TSHus
- ☐ Hb Glycosylée
- ☐ Troponine
- ☒ C.R.P
- ☐ Electrophorèse des protides
- ☐ Protidémie
- ☐ D-Dimers

Examen des urines

- ☐ Recherche de l'Albumine
- ☐ Microalbuminurie de 24 heures
- ☒ Cyto. Bac. des urines
- ☐ Ionogramme Urinaire

Dr. EL MAHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abouh - Casa
Tel: 05 22 29 81 5559 - 05 22 47 26 89

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

78, Rue d'Alger - CASABLANCA

Tél. : 0522 27 28 08 - 27 53 88 - 27 52 39 . Fax : 0522 29 64 86

I.F 40 30 32 50

ICE 001656516000089 INPE: 093001246



T P : 35 504 101 - CNSS : 1121946 - R.C. : 187112 01

Casablanca le 21 mars 2022

Madame HARAR NAIMA

FACTURE N° 341363

Analyses :

Coag : Taux de Prothrombine (TP) -----	B	40	
Chimie : Urée -----	B	30	
Chimie : Glycémie (à jeûn) -----	B	30	
Chimie : Acide urique -----	B	30	
Chimie : Cholestérol total -----	B	30	
Chimie : Cholestérol HDL+LDL -----	B	80	
Chimie : Triglycérides -----	B	60	
Chimie : Créatinine -----	B	30	
Chimie : Ionogramme sanguin -----	B	160	
Chimie : Transaminases -----	B	100	
Chimie : Gamma -G.T. -----	B	50	
Chimie : Protéine C réactive -----	B	100	
Chimie urin : Albumine (Echantillon) -----	B	30	
Bactério : Cytobac. des urines -----	B	150	Total : B 920

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5	
-----------	----	-----	--

TOTAL DOSSIER

1 260,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
Mille Deux Cent Soixante Dirhams

LABORATOIRE TAZI
TAZI Mohamed
BIOLOGISTE
78 Rue d'Alger - Casablanca
Tél: 05 22 27 28 08 - Fax: 05 22 29 64 86

PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF
Cardiologie adulte et pédiatrique
Explorations Cardio-vasculaires

5 rue Mohamed Abdou
CASABLANCA

Tél. : 0522 29 81 55 / 59 ou 0522 47 26 89

Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

Casablanca, le 22 Mars 2022

MME Naima HARRAR EP AMAROUCHE

1 - D CURE FORT

1 AMPOULE PAR MOIS X 03 MOIS AU TOTAL 03 AMPOULES



Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tel : 05.22.29.81.55/59 - 05.22.47.26.89

49,60
Pharmacie Les Arènes
5, Rue Jalal Eddine Sayoufi
Quartier Racine
Tel : 05 22 36 28 24 - Casablanca

TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE
EN CAS D'URGENCE APPELER LA CLINIQUE JERRADA OASIS AU :
05 22 23 81 81 OU 05 22 23 84 52/53/54
OU ENVOYER UN MESSAGE ECRIT AU : 06 61 13 14 83

PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF
Cardiologie adulte et pédiatrique
Explorations Cardio-vasculaires

5 rue Mohamed Abdou
CASABLANCA

Tél. : 0522 29 81 55 / 59 ou 0522 47 26 89

Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

Madame HARRAR EP AMAROUCHE Naima

Casablanca le 22/03/2022

1- SINTROM 4 MG:

1/2 CP UN J ET 3/4CP LELENDEMAIN

2- ZYLORIC 100 MG

1 CP PAR JOUR SANS ARRET

3- ALDACTONE 50 MG : 1 CP TOUT LES 2 JOURS
SANS ARRET

4- LASILIX 40 MG :

1 CP LE MATIN

5- OMEGA COEUR : 1 CP X3 PAR JOUR
SANS ARRET

6- LD NOR 20 MG

1 cp le soir X 03 mois

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tél : 05.22.29.81.55/59 - 05.22.47.26.89

Pharmacie Les Arènes
5, Rue Jalal Eddine Sayoufi
Quartier Racine
Tél : 05.22.36.28.14 - Casablanca

TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE
EN CAS D'URGENCE APPELER LA CLINIQUE JERRADA OASIS AU :

05 22 23 81 81 OU 05 22 23 84 52/53/54

OU ENVOYER UN MESSAGE ECRIT AU : 06 61 13 14 83