

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
25	03 23	C 5		ATLAB Cardiologue Gsm: 0661 06 29

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
POYON HASSI ADDAMAN CASSAURANCES	27/03/23	B	275,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

Le pra

Import
Veillu



M22- 0048530

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8948

Société : *TA*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

1C9118

Nom & Prénom : *Jamel El Hachefi*

Date de naissance : *01.01.1943*

Adresse : *Hy Mly Rachid Fennec N33B - Casab*

Tél : *0662131186*

Total des frais engagés : *875,00*

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : *25.3.23*

Nom et prénom du malade : *Jamel El Hachefi* Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dompteur

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 : *Casab*

Le : *26/04/2023*

Signature de l'adhérent(e) : *Jamel*



درب غلف

DERB GHALLEF

وصفة ORDONNANCE

Le 25.03.23

? Yamil et Mostafa

- Tropexine

ج ٢٠١٤

Dr. ATLAB Mustapha
Cardiologue
أخصائي نفاس و التنفس
Gsm: 0661 06 29 52

LABORATOIRE D'ANALYSE DE BIOLOGIE MÉDICALE
CNSS DERB GHALLEF



Date du prélèvement : 25-03-2023 à 13:06

Code patient : 2303250024

Né(e) le : ()

IPP : 1371296



Mr JAMIL EI Mostafa
Dossier N° : 2303250024
Prescripteur :
SERVICE DES URGENCES

MARQUEURS CARDIAQUES

Troponine

Troponine T Hypersensible - Cobas e-411

21.77 pg/mL (<14.00)

Valeur seuil : 14 pg/mL

En cas de faible augmentation initiale de la troponine T hs (entre 14 et 100 pg/mL), un second prélèvement après 3 heures permet de différencier le caractère de l'atteinte.

Validé par :Allam Youssra

POLYCLINIQUE CNSS
DERB GHALLEF
SERVICE LABORATOIRE

Page 1 / 1

زنقة الضمان - درب غلف - الدار البيضاء 10520
05 22 86 42 05 27 - فاكس: 05 22 86 30 20 - Fax: 05 22 86 42 05
Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca 10520

CR
ZL

DECOMPTE

N° de séjour : 230029722

UF de présence : 5004 LABORATOIRE
UF demandeur : 5004 LABORATOIRE
Date et heure : 27/03/2023 12:02
Intervenant : 106999 EQUIPE BIOLOGISTES

N° IPP : 0001371296 JAMIL, El Mostafa

Né(e) le : 01/01/1960

UF	INTERVENANT	CDAM/TARIF	LET.CLE	TARIF	COEFF	COEF.T	MONTANT
5004	EQUIPE BIOLOGISTES	Troponine	B	1.10	1.00	250.00	275.00
						Total :	275.00



N° IPP : 1371296 N° SEJOUR : 230029722

FACTURE N° 2304001741

DATE D'ENTREE : 27/03/2023 DATE DE SORTIE : 27/03/2023

ASSURE :

MALADE : JAMIL,El Mostafa

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

UF: 5004 LABORATOIRE

N° IMMAT C.N.S.S. :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

JAMIL,El Mostafa

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										
ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE	B	250.00	1.10	275.00					0.00	275.00

Intervenant : 106999 EQUIPE BIOLOGISTES .	TOTAUX :	275.00								275.00
---	----------	--------	--	--	--	--	--	--	--	--------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX CENT SOIXANTE QUINZE DHS

PLAFOND PC :

ACOMPTE:

REMISE : 0.00 REGLE : 275.00

AVOIR :

RESTE DU: 0.00

DATE FACTURE : 27/03/2023

EDITEE LE : 27/03/2023 PAR: SAAD

ACCIDENT DE TRAVAIL :

DATE AT :

VISA

N° DE POLICE :

Régiement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef
 BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA
 N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31