

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
25	03 23	C 9		

Dr. ATIAH Mousah
 Cardiologue
 Gsm: 0661 06 29 82
 أمراض القلب والشراب

Le pre
Import
Veille

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

27/03/23

275,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature
du Praticien

Date des
Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé
des Honoraires



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0048530

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8945

Société : /

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre : /

Nom & Prénom : Jamel El Mustafa

Date de naissance : 02.01.1943

Adresse : Hy Mly Rachid - Immeuble N°388 - Casp

Tél : 0662131126

Total des frais engagés : 275,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25 / 3 / 23

Nom et prénom du malade : Jamel El Mustafa

Age : /

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Douleur Musculaire

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 : Casp

Le : 26 / 04 / 2023

Signature de l'adhérent(e) : /



وصفة
ORDONNANCE



Le 25.03.23

M. JAMIL EL MORAFA

- Troponine

25/03/23

Dr. ATLAB Mustapha
Cardiologue
أخصائي أمراض القلب والشرايين
Gsm: 0661 06 29 52

LABORATOIRE D'ANALYSE DE BIOLOGIE MEDICALE
CNSS DERB GHALLEF

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

Code patient : 2303250024

Né(e) le : ()

IPP : 1371296



Mr JAMIL El Mostafa

Dossier N° : 2303250024

Prescripteur :

SERVICE DES URGENCES

MARQUEURS CARDIAQUES

Troponine

21.77 pg/mL

(<14.00)

Troponine T Hypersensible - Cobas e-411

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

POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpit
20100 CASABLANCA
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-86
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602

Date d'émission : 27/03/2023

Page : 1

DECOMPTE

N° de séjour : 230029722

N° de séance : 202303270371

N° IPP : 0001371296 JAMIL, El Mostafa

Né(e) le : 01/01/1960

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

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

POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
20100 CASABLANCA
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 1371296		N° SEJOUR : 230029722		FACTURE N° 2304001741		DATE D'ENTREE : 27/03/2023		DATE DE SORTIE : 27/03/2023			
ASSURE :				DESTINATAIRE : JAMIL, El Mostafa							
MALADE : JAMIL, El Mostafa											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S. :							
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / 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 :						
VISA						N° DE POLICE :		DATE AT :				
						Réglement 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				

