

# 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

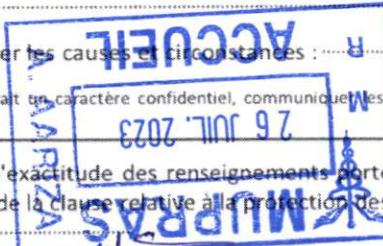
- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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.

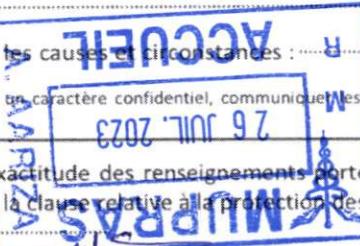
N° W21-812159

169504

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>A</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 5183 Société : RAM			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : S.H.A.M.ZI Fatima			
Date de naissance : 01.01.1958			
Adresse : R. SAMOZ, angle Rue Ibn Kaldoun, 130 Bld Bourguiba Casab			
Tél. : 06.05.90.43.20		Total des frais engagés : 1343,20 DH	

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 :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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'adjudication conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles

Fait à : 

Le : 26.07.2023

Signature de l'adhérent(e) : 

## 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.

Signature et empreinte de l'agent :	Signature et empreinte de l'Agence
Identification de l'agent :	Chiffre d'identification de l'Agence
Date de dépôt du dossier :	Date de dépôt du dossier
Date d'arrivée :	Date d'arrivée

Signature et empreinte de l'agent :	Signature et empreinte de l'Agence
Réserve à la DAMO	
Date d'arrivée :	Date d'arrivée

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Signature et empreinte de l'agent :

Chiffre d'identification de l'Agence :

Date de dépôt du dossier :

Date d'arrivée :

Formation : R.S.M.

Reçu de M : N.

La somme de :

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
Total	6

N° 283865

Le : 15-05-23  
Signature du  
Régisseur et Cachet

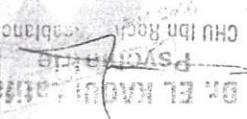
INPE et code à Barres  
1\_1\_1\_1\_1\_1\_1\_1\_1\_1

CIM-10

#### Actes Paramédicaux

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوت Montant facturé	عمليات المساعدين الطبيين Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres <u>1_1_1_1_1_1_1_1_1_1</u>					
INPE et code à Barres <u>1_1_1_1_1_1_1_1_1_1</u>					

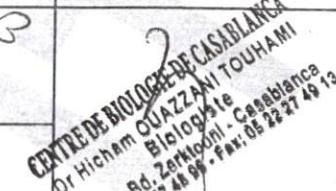
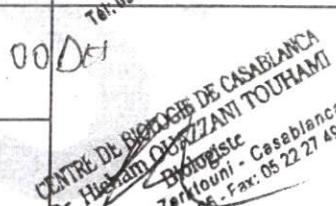
CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

وصف العمليات المجرأة	
توقيع و طابع الطبيب المعالج	Signature et Cachet du Médecin traitant
	

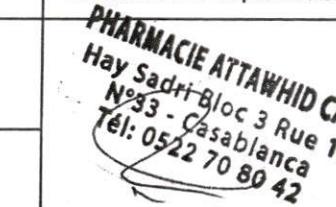
CHU IBN ROCHD CASABLANCA  
Dr Hicham OUAZZANI TOUHAMI

INPE et code à Barres  
0230914996

#### Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفوت Montant facturé	عمليات الإحياء، الأشعة و الصور Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
<u>15/05/23</u>	<u>B710</u>		<u>736,00</u>	 CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA Dr Hicham OUAZZANI TOUHAMI 394 Bd. Zerktouni - Casablanca Tél: 05 22 27 44 96 - Fax: 05 22 27 49 13
<u>16/05/23</u>	<u>B550</u>		<u>70,00</u>	 CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA Dr. Hicham OUAZZANI TOUHAMI Bd. Zerktouni - Casablanca Tél: 05 22 27 44 96 - Fax: 05 22 27 49 13

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة  
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع الصيدلاني أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
<u>15/05/23</u>	<u>417,20</u>	 PHARMACIE ATTAWHID CASA Hay Sadri - Bloc 3 Rue 10 N°33 - Casablanca Tél: 05 22 70 80 42
<u>092012293</u>		
<u>INPE et code à Barres <u>1_1_1_1_1_1_1_1_1_1</u></u>		

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

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total



IBN ROCHD  
ابن رشد  
Casablanca الدار البيضاء

Royaume du Maroc  
Ministère de la Santé  
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd  
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

المملكة المغربية  
وزارة الصحة  
المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد  
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء

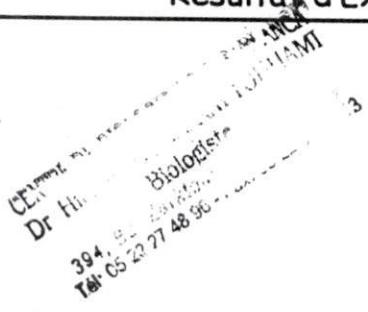


## BILLET D'EXAMEN

Date : 15/05/1993

Prénoms - Nom du malade : Mr Ksar Hmed

Service : ..... N° d'admission : .....

Renseignements Cliniques	Résultat d'Examen
- L'hémie de contrôle	

Le médecin traitant

Dr EL KAOUI Latifa  
Psychiatrie  
CHU Ibn Rochd Casablanca

Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30  
Fax : 05 22 29 94 83



IBN ROCHD  
Casablanca

Royaume du Maroc  
Ministère de la Santé  
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd  
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

الملكة المغربية  
وزارة الصحة  
المراكز الإستشفائية الجامعي ابن رشد  
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء



## BILLET D'EXAMEN

Date : 15/05/2013

Prénoms - Nom du malade : Mr Ksar Tkd

Service : N° d'admission :

Renseignements Cliniques	Centre de Biologie de Casablanca Dr Hicham OUAZZANI TOUBANI 394 Bd. Zerktouni. Casablanca Tél: 05 22 27 48 98. Fax: 05 22 27 49 13
- NPS / pg - BHC: NH <sub>4</sub> <sup>+</sup> , K <sup>+</sup> , Cr <sup>2+</sup> ASAT, ALAT urée, creat GAG, HbA1c, TSHos ESR	

Le médecin traitant

CHU Ibn Rochd Casablanca

Psychiatre

El KADOU Laâbi

Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30

Fax : 05 22 29 94 83

Hôpital sans Tabac  
Fumer tue

Casablanca, le : ٢٠١٨-٠٥-١٥

## ORDONNANCE

Docteur :

- 1 - Hr Ksar Med 67,60  
 1 - Ierolith 210 mg 01 - 00 - 01  
 1 - Lamictal 100 mg q 239,00  
 2 - Temsita 100 mg q 29,80 - 01 - 01  
 3 - Notin 100 mg 00 - 00 - 01  
 4 - Bergactil 100 mg 00 - 00 - 01  
 5 - Scroquel 200 mg 00 - 00 - 02  
 6 - Queroz 200 mg q 417,20
- PHARMACIE ATTAWHID CASA  
 Hay Sadri Bloc 3 Rue 10  
 N°33 - Casablanca  
 Tel: 0522 70 80 42
- PHARMACIE ATTAWHID CASA  
 Hay Sadri Bloc 3 Rue 10  
 N°33 - Casablanca  
 Tel: 0522 70 80 42
- CHU Ibn Rochd Casablanca  
 Quartier des Hôpitaux, Casablanca 20100 - Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30 - Fax: 05 22 29 94 83

6 118000 06D895  
P.P.V : 67,60 DH  
Teneur de 250 mg B100 cp  
Ain souffrir Chaque matin  
Route de Rabat R.P.1.  
Sanofi-Aventis Maroc O

6 118001 140800  
P.P.V : 239,00 DH  
Région de Rabat  
Ain souffrir Aouda  
GlanoxSmithKline Maroc  
01/01/14/63

6 118000 011576  
P.P.V : 29DH50  
CP SEC 830  
TEMESTA 25MG O  
LOT : 22E051  
PER : 10/2024

6 118000 060482  
P.P.V : 57DH30  
CP PEL SEC 820  
NOZINAN 100 MG O  
LOT : 21E0301  
PER : 10/2026

6 113000 012375  
P.P.V : 23DH80  
30 CP PEL SEC  
LARGACTIL 100MG O  
LOT : 22E006  
PER : 09/2025

000159689151

 <b>البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري</b> <b>Relevé périodique des prestations AMO</b>	<b> مديرية التأمين الصحي الإجباري</b> <b>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</b> <b>Réf. : 610-2-06</b> <b>مربع رقم :</b> <b>Page 1 / 1</b> <b>الصفحة</b> <b> المرسل إليه</b>	
<b>N° d'immatriculation</b> 159689128 <b>رقم التسجيل</b> <b>Règlements de la période</b> du : 03/05/2023      من : au : 03/05/2023      إلى :	<b>Emis à :</b> CASABLANCA <b>أصدر ب :</b> <b>Le :</b> 03/05/2023 <b> بتاريخ :</b>	<b>Destinataire</b> <b>KSAR MOHAMED</b>

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au cours de la période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استحقتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العنوان	مهنيو الصحة	مبلغ المصروف	التعرفة المرجعية	المعامل	الكمية	نسبه التعويض	نسبة ارسال الأداء	نارخ ارسال	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
KSAR MOHAMED											
114701958	15/03/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES OPHTALMOLOGIE	386,20	0,00	1,00	4,00	0,00	0,00	03/05/2023	270,34
114701958	15/03/2023	CG	PHARMACIES D OFFICINES OPHTALMOLOGIE	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	70,00	03/05/2023	0,00
114701957	30/03/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES MEDECINE GENERALE	383,30	0,00	1,00	13,00	0,00	0,00	03/05/2023	195,30
114701957	30/03/2023	C	PHARMACIES D OFFICINES MEDECINE GENERALE	150,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70,00	03/05/2023	56,00
<b>Total remboursé</b>						<b>مجموع مبلغ التعويض</b>					
<b>Total général remboursé</b>						<b>مبلغ التعويض الاجمالي</b>					
<b>521,64</b>											

- 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](http://www.cnss.ma)  
[www.cnss.ma/Portail/](http://www.cnss.ma/Portail/)  
 « Ma CNSS »  
 080 20 30 100  
 080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات:  
 يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني أو  
 أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم  
 أو تطبيق الهاتف  
 أو الاتصال بالمحبوب الذي على الرقم  
 أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

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

# CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA

394, Boulevard Zerkouni – Résidence le Casablanca – Bourgogne – CASABLANCA  
Tél : 0522 27 48 96 – Fax : 0522 27 49 13 – Patente : 35404878 – INP : 093001006  
CNSS : 6368949 IF : 51786580 – ICE : 002982351000006

## FACTURE N° : 230500517

Casablanca le 16-05-2023

Mr KSAR Mohamed

Date de l'examen : 16-05-2023

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E15
0104	Calcium	B30
0111	Créatinine	B30
0118	Glycémie	B30
0119	Hémoglobine glycosylée	B100
0131	Potassium	B30
0133	Sodium	B30
0216	Numération formule	B80
0146	Transaminases O (TGO)	B50
0147	Transaminases P (TGP)	B50
0164	TSH us	B250
0135	Urée	B30

Total des B : 710

TOTAL DOSSIER : 796.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : sept cent quatre-vingt-seize dirhams .

CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA  
Dr Hicham OUZZANI TOUHAMI  
Biologiste  
394, Bd. Zerkouni - Casablanca  
Tel: 0522 27 48 96 - Fax: 0522 27 49 13

# CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA

394, Boulevard Zerkouni – Résidence le Casablanca – Bourgogne – CASABLANCA  
Tél : 0522 27 48 96 – Fax : 0522 27 49 13 – Patente : 35404878 – INP : 093001006  
CNSS : 6368949 IF : 51786580 – ICE : 00298235100006

## FACTURE N° : 230500518

Casablanca le 16–05–2023

Mr KSAR Mohamed

Date de l'examen : 16–05–2023

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E15
0125	Lithium	B50

Total des B : 50

TOTAL DOSSIER : 70.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : soixante-dix dirhams .

CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA  
Dr Hicham OUAZZANI TOUHAMI  
Biologiste  
394, Bd. Zerkouni - Casablanca  
Tél: 05 22 27 48 96 - Fax: 05 22 27 49 13