

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7839

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

TAOUISSI AHMED

Date de naissance :

12-9-1952

Adresse :

1, RUE IBN HAITAM - TANGER

Tél. : 06 65 23 12 33

Total des frais engagés :

Dhs

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 : TANGER

Le : 01/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
				INP :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
				INP : <input type="checkbox"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">D</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">00000000</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">B</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">35533411</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

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 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 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.

Instructions à suivre

Procurer une feuille de soins pour chaque personne et pour chaque événement.

Il faut également fournir une feuille de soins pour chaque événement avec 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.

Il faut également fournir une feuille de soins pour chaque événement avec toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, ...) et une feuille de soins pour chaque événement avec toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, ...).

Il faut également fournir une feuille de soins pour chaque événement avec toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, ...) et une feuille de soins pour chaque événement avec toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, ...).

Il faut également fournir une feuille de soins pour chaque événement avec toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, ...) et une feuille de soins pour chaque événement avec toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, ...).

Il faut également fournir une feuille de soins pour chaque événement avec toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, ...) et une feuille de soins pour chaque événement avec toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, ...).

Il faut également fournir une feuille de soins pour chaque événement avec toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, ...) et une feuille de soins pour chaque événement avec toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, ...).

Il faut également fournir une feuille de soins pour chaque événement avec toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, ...) et une feuille de soins pour chaque événement avec toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, ...).

Il faut également fournir une feuille de soins pour chaque événement avec toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, ...) et une feuille de soins pour chaque événement avec toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, ...).

Il faut également fournir une feuille de soins pour chaque événement avec toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, ...) et une feuille de soins pour chaque événement avec toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, ...).

Signature et empreinte de l'agent :

Cachet et signature de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : _____

Tarif d'admission : _____

Date d'arrivée : _____

Tarif d'admission : _____

Signature et empreinte de l'agent :

Réserve à la DAMO

Tarif d'admission : _____

Date d'arrivée : _____

 CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	<small>Réf. : 610-1-02</small> <small>Ref. : 610-1-02</small>
<small>* موافقة مسبقة *</small> <small>Entente préalable *</small>	<small>* تنفيذ *</small> <small>Exécution *</small>		

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : **OURIAGHLI ANINA**

N° Immatriculation : **1A15121A1315118181**

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *

Conjoint نوح

Enfant ابن

Adresse :

11 RUE FBNHA THAN - APP 24 TEL 06 6413 1147 العنوان :

Montant des frais :

3742,30 Dhs

Nombre de pièces jointes :

8

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : **OURIAGHLI ANINA**

Date de naissance :

N° CIN : **K_161254**

Sexe :

ذكر

أنثى

INPE et code à barres **

A61AB23737

Médecin traitant
الطبيب المعالج

Etablissement de soins
المؤسسة العلاجية

Type de soins*

Hospitalisation استشفاء Maternité أمومة Accident حادثة Maladie مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Fait à :

Le : **26/04/2023** في :

توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à :

Le : **26/04/2023** في :

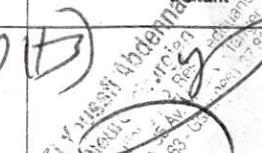
توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية
Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

* Cocher la mention utile pour chaque case

** Accoller l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres

الصندوق الوطني للتأمين على المرض - ساحة اكابر ، الدار البيضاء من بـ 2121 الدار البيضاء - العنوان: 080 203 3333
CNSS_Place de DAKAR _Casablanca BP: 2186 Case Gare Téléphone: 0559 94 00 00

Ref. : 610-1-02
RÉF. : 610-1-02

وصف العمليات المجرأة					Description des actes effectués
نوع 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	
26/09/2023		C	2509 (B)	 Dr. El Sayed Abdennasser Médecin traitant Pièce des 1 ^{er} et 2 ^{me} étages Tél: 0339 94 63 83	
INPE et code à Barres					
					
INPE et code à Barres					
					

CIM-10

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 المفوت Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الأحياني Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
26/04/23	1829 CEREBRale		3000	 RADIOLOGIE DU NORD Dr. Benouda Ahmed 5 Rue Ben Attia (Bd. Rue de Pess)-Tanger Tél.: 0539 37 47 50 - 0643 77 89 55
INPE et code à Barres	INPE 161 2079 72			 LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES Medi-Lab Dr. Y. SEKKAT 60 Av. Omar Ibn Khatab - Tanger Tél: 05 39 32 22 90 - Fax: 05 39 32 25 90 IM: 156000367
29.04.23		LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES 837 Medi-Lab Tal. 60 Av. Omar Ibn Khatab - Tanger Tel: 05 39 32 22 90 - Fax: 05 39 32 25 90 IM: 156000367	0.00	
INPE et code à Barres	11613202121362			

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الـ سونه

Description des ordonnances exécutées et dispositif médical fourni

التاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلاني أو مومن التجهيزات Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
26.04.2023	8230	<p>Pharmacie Mme SOUFIANE 8, Place de la Gare 93 642 VILLE-SUR-SEINE</p>
INPE et code à Barres 		
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

Dr. El Youssfi Abdennasser
Neurochirurgien
Crâne, Cerveau, moelle épinière
et colonne vertébrale



الدكتور اليوسفي عبد الناصر
اختصاصي في أمراض وجراحة الرأس
والعمود الفقري والجهاز العصبي

ORDONNANCE

Tanger, Le :

26/04/2027

M^{me}

OUNIAGHTI AMINA

1 TANAKAN Solv 678°
1h pipette x 2 fl x 20g
4 CETAMYL 1000 crème 145°
1 - 0 - 1 x 10g

Dr. El Youssfi Abdennasser
Neurochirurg
Place des Nations 112, Rés. Redouane
2ème étage, N° 35 Avenue Med V - Tanger
Tél.: 0539 94 63 63 - GSM: 0661 22 11 91

صيدلية باريس
Pharmacy de PARIS
Mme SQUICHE Souad
Pharmacienne
8, Place de France - TANGER
Tél 05 39 93 64 24

8233

(Place des Nations) 112, Rés. Redoane, 3^{ème} étage N° 35, Avenue Med V - Tanger
Tél : 0539 94 63 63 - GSM : 0661 22 11 91

Dr. El Youssfi Abdennasser

Neurochirurgien

Crâne, Cerveau, moelle épinière
et colonne vertébrale



الدكتور اليوسفى عبد الناصر

اختصاصي في أمراض وجرح الرأس
والعمود الفقري والجهاز العصبي

26/04/2023
ORDONNANCE

Tanger, Le : 26/04/2023

Mme ORMAHICI AMINA

- NFS
- S.S
- uree glyc
- creatine
- cholestrol Total
- Triglycerides - HDL - LDL
- g

Dr. El Youssfi Abdennasser

Neurochirurgien
Place des Nations N° 112, Rés. Redouane
2ème étage N° 35 Avenue Med V - Tanger
Tél.: 0539.94.63.63 - GSM: 0661.37.81.91

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
Dr. Y. SEKOURI
Medi-Lab

Tel: 0539.37.22.90 - Fax: 0539.32.25.90
60 N. Omaarby Khatab-Tanger
WP: 163000267

Dr. El Youssfi Abdennasser

Neurochirurgien

Crâne, Cerveau, moelle épinière
et colonne vertébrale



الدكتور اليوسفي عبد الناصر

اختصاص في أمراض وجراحة الرأس
والعمود الفقري والجهاز العصبي

ORDONNANCE

Tanger, Le :

26/04/2023

Mme OUNIA GHILI AMINA

Age 75 ans

- TC (dent)

⇒ T.R.M cadravale

Dr. El Youssfi Abdennasser
Neurochirurgien
Place des Nations 112, Rés. Redouane
2ème étage N°35, Av. Med. V - Tanger
Tél.: 0539 94 63 63 - GSM: 0661 37 81 00

RADIOLOGIE DU NORD
Dr. Bensouda Ahmed
5 Rue Ben Attia (Bd. Rue de Fès) - Tanger
Tél.: 0539 37 47 50 - 0643 77 89 52



مختبر التحاليل الطبية

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES & BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION.

Dr Youssef SEKKAT

Pharmacien Biologiste

Diplômé de l'université de Louvain (UCL) Bruxelles
D.U. Diagnostic et Thérapeutique du couple infertile - Paris

Dossier ouvert le : 29/04/23

Édité le : 29/04/23

Prélèvement effectué à 10:16

Mme OURIAGHJI AMINA

Dossier N° : 23D970

DDN : 20/09/1948

Docteur ABDENASSER EL YOUSSEFI

Code patient :

Page : 1/3

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE (SYSMEX XT 1800i)

			Normales	Antériorités
			(Femme Adulte)	
HEMATIES	3,95	* M/mm ³	4,2 - 5,4	04/03/2023
HEMOGLOBINE	12,3	g/100 ml	3,87	
HEMATOCRITE	37	%	12 - 16	
- VGM	93	μ ³	37 - 46	
- TCMH	31	pg	80 - 95	
- CCMH	34	g/100 ml	28 - 32	
			30 - 35	
LEUCOCYTES	4 160	/mm ³	4000 - 10000	
POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES	42,6	% soit 1 772 /mm ³	2000 - 7500	4200
POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES	2,4	~% soit 100 /mm ³	100 - 400	
POLYNUCLEAIRES BASOPHILES	1,4	% soit 58 /mm ³	< 100	
LYMPHOCYTES	43,1	% soit 1 793 /mm ³	1500 - 4000	
MONOCYTES	10,5	% soit 437 /mm ³	200 - 800	
PLAQUETTES	239 000	/mm ³	150000 - 400000	
(Cytométrie de flux sur automate Sysmex XT 4000 ou Yumizen H550)				225000

VITESSE DE SEDIMENTATION

1 ère HEURE : 18 * mm < 10
 2 ème HEURE : 40 * mm < 20

Laboratoire soumis à un contrôle de qualité externe

60, Av. Ibn Khattab - Tanger (A coté de la wilaya - Devant Super Marché BARAKA) - Tél.: 0539 32 22 90 / Fax : 0539 32 25 90 / E-mail : medi_lab@yahoo.fr

Patente : 50499613 - IF : 81550058 - RC : 67580 - CNSS : 7415624 - RP : TangerAlBouaziz 1646/02131125-9313-0000022-MAD - Date : 02/02/2024 - Page : 32 de 32 - Tél : 0539 53 25 30 - E-mail : med_lab@yahoo.fr

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
Medi-Lab
D.Y. SEKOU AT
Bldv. Omar Ibn Khatab - Tanger
Tél: 05 39 32 22 90 - Fax: 05 39 32 25 90
IMB # 6000347

Dr Youssef SEKKAT

Pharmacien Biologiste

Diplômé de l'université de Louvain (UCL) Bruxelles
D.U. Diagnostic et Thérapeutique du couple infertile - Paris

Dossier ouvert le : 29/04/23

Édité le : 29/04/23

Prélèvement effectué à 10:16

Mme OURIAGHLI AMINA

Dossier N° : 23D970

DDN : 20/09/1948

Docteur ABDENASSER EL YOUSSEFI

Code patient : 

Page : 2/3

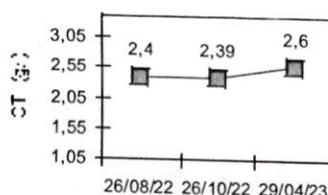
BIOCHIMIE

EXAMEN D'ANOMALIE LIPIDIQUE

ASPECT du sérum : Clair

CHOLESTEROL TOTAL :
(Colorimétrie; oxydase sur KONELAB 30i)
Résultat vérifié.

	Normales	Antériorités
2,60 * g/l	1,5 - 2,2	2,39
6,7 mmol/l	3,87 - 5,67	6,16
		26/10/2022



Dates d'antériorités

TRIGLYCERIDES:
(Colorimétrie sur KONELAB30i)
Soit:

CHOLESTEROL HDL:
(direct mesure sur KONELAB 30i)
Soit:

CHOLESTEROL TOTAL / HDL:

CHOLESTEROL LDL:
(Calculated sur KONELAB 30i)
Soit:

1,10 g/l	0,35 - 1,4	0,96
1,26 mmol/l	0,4 - 1,6	1,1
1,03 * g/l	0,4 - 0,65	0,84
2,65 mmol/l	1 - 1,68	2,16
2,52	< 5	
1,35 g/l	< 1,5	1,36
3,48 mmol/l	< 3,87	3,51

VALEURS CONSIDERÉES COMME NORMALES CHEZ UN PATIENT SANS FACTEUR DE RISQUE

CHOL. TOT. < 2,00 g/l (4,1 mmol/l);
LDL - CHO < 1,60 g/l (4,1 mmol/l);
TG < 1,50 g/l (1,7 mmol/l);
HDL - CHO > 0,40 g/l (1,0 mmol/l);

VALEURS SEUILS DÉCLENCHEANT UNE PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE selon AFSSAPS

LDL - CHO > 2,20 g/l (4,1 mmol/l);	En absence de fact. de risque.
LDL - CHO > 1,90 g/l (4,1 mmol/l);	Avec un facteur de risque.
LDL - CHO > 1,60 g/l (4,1 mmol/l);	Avec deux facteurs de risque.
LDL - CHO > 1,30 g/l (4,1 mmol/l);	Avec trois facteurs de risque.
LDL - CHO > 1,00 g/l (4,1 mmol/l);	Si haut risque CV (Antécédents CV).

*LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES
Dr Y. SEKKAT
Medi-Lab
60 Av. Ibn Khattab - Tanger
Tél: 05 39 32 22 90 - Fax: 05 39 32 25 90
BP: 163000367*

Laboratoire soumis à un contrôle de qualité externe

60, Av. Ibn Khattab - Tanger (A coté de la wilaya - Devant Super Marché BARAKA) - Tél.: 0539 32 22 90 / Fax: 0539 32 25 90 / E-mail : medi_lab@yahoo.fr

Patente : 50499613 - IF : 81550058 - RC : 67580 - CNSS : 7415624 - BP : Tanger Al Boughaz 16464021211753917500022 MAD



MEDI-LAB

مختبر التحاليل الطبية

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES & BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION

Dr Youssef SEKKAT

Pharmacien Biologiste

Diplômé de l'université de Louvain [UCL] Bruxelles

D.U. Diagnostic et Thérapeutique du couple infertile - Paris

Dossier ouvert le : 29/04/23

Édité le : 29/04/23

Prélèvement effectué à 10:16

Mme OURIAGHLI AMINA

Dossier N° : 23D970

DDN : 20/09/1948

Docteur ABDENASSER EL YOUSFI

Code patient :

Page : 3/3

GLYCEMIE A JEUN

(Colorimétrie sur KONELAB 30i)

Soit

0,95

g/l

5,3

mmol/l

Normales

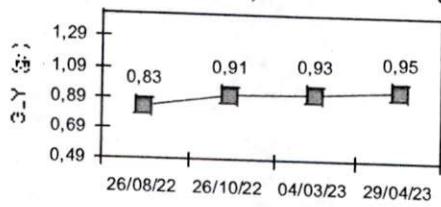
04/03/2023

0,7 - 1,1

0,93

3,9 - 6,1

5,2



Données d'antériorités

UREE

(enzymatique; urease UV sur KONELAB 30i)

Soit

0,53

* g/l

8,83

mmol/l

26/10/2022

0,15 - 0,45

0,50

2,5 - 7,5

8,33

CREATININE

(Jaffé compensée sur KONELAB 30i)

Soit

12,0

* mg/l

106

μmol/l

5,5 - 10,5

8,6

48,7 - 92,9

76

ESTIMATION DE LA FONCTION RENALE PAR L'EQUATION MDRD

MDRD (Estimation de la fonction rénale)

46,7 * ml/mn/1,73 m² > 60

68,6

(*) L'équation MDRD (Modification of Diet Renal Disease) permet d'estimer le débit de filtration glomérulaire (DFG)

DFG (ml/mn/1,73 m²)

- > 90 : Pas d'insuffisance rénale
- 60 - 89 : Légère insuffisance rénale
- 30 - 59 : Insuffisance rénale modérée
- 15 - 29 : Insuffisance rénale sévère

c

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
Dr Youssef SEKKAT
Tél: 05 39 32 22 90 - Fax: 05 39 32 25 90
60 Av. Ibn Khattab
T. 05 39 32 22 90 - Fax: 05 39 32 25 90
Patente: 50499613 - IF: 81550058 - RC: 67580 - CNSS: 7415624 - RP: Tanger AIRouahia 161640021211252917 - 000022 MAP

Laboratoire soumis à un contrôle de qualité externe

60, Av. Ibn Khattab - Tanger (A coté de la wilaya - Devant Super Marché BARAKA) - Tél.: 0539 32 22 90 / Fax: 0539 32 25 90 / E-mail : medi_lab@yahoo.fr

Patente : 50499613 - IF : 81550058 - RC : 67580 - CNSS : 7415624 - RP : Tanger AIRouahia 161640021211252917 - 000022 MAP

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MEDI - LAB

Docteur Youssef SEKKAT

Pharmacien Biologiste

60, avenue Ibn Al Khattab - TANGER

INPE : 163000367



Tanger le 29 avril 2023

Mme OURIAGHLI AMINA

AMO

FACTURE N° 154395

Analyses :

Numération formule sanguine -----	B	80	
Vitesse de sédimentation -----	B	30	
Bilan lipidique (Chol.Trig., HDL;LDL) -----	B	170	
Glycémie (à jeûn) -----	B	30	
Urée -----	B	30	
Créatinine -----	B	30	

Prélèvements :

Sang-----	Pc	2	
-----------	----	---	--

TOTAL DOSSIER 410,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre Cent Dix Dirhams

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
Dr. MEDI-Lab
SEKKAT
60, av. Omar Ibn Khalab, Tanger
Tél: 05 39 32 22 90 . Fax: 05 39 32 25 90
INPE: 163000367



فحص بالأشعة الشمال
RADIOLOGIE DU NORD
نادي الرؤوس والأشعة

RESONANCE MAGNETIQUE 1.5 TESLA (IRM) - SCANNER MULTIBARETTE 3D - RADIOGRAPHIE - ECHOGRAPHIE - DOPPLER COULEUR - MAMMOGRAPHIE
IMAGERIE DE LA FEMME - PANORAMIQUE DENTAIRE - DENTASCANNER - CONE BEAM 3D - OSTEODENTISTOMETRIE CORPS ENTIER - RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Taxe Prof : 50102547

ICE : 002700772000070

I.F : 48561538

INPE :



161207972

CNSS : 1116954

R.I.B : 007 640 0008552000301026 19

Date : 26/04/2023

Patient(e) : AMINA OURIAGHLI

Facture	5937
---------	------

Nature de l'examen	Prix (DHS)
IRM CEREBRALE	3000
Total à payer	3000

Règlement : espèce

RADIOLOGIE DU NORD
Dr. Bensouda Ahmed
5 Rue Ben Attia (Bd. Rue de Fès) - Tanger
Tél.: 0539 37 47 50 - 0643 77 89 52



**البيان الدوري لتعويضات التأمين
الصحي الإجباري**

Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين
الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance
Maladie Obligatoire
Réf. : 610-2-06

مرجع رقم :

صفحة

Page 1 / 1

N° d'immatriculation 192135518 رقم التسجيل
Règlements de la période أداءات الفترة
du : 12/05/2023 من
au : 12/05/2023 إلى

Destinataire
OURIAGHLI AMINA

المرسل إليه

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 استقدمنها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	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						
OURIAGHLI AMINA																	
130105134	26/04/2023	IRM	RADIOLOGIE	3000,00	2200,00	1,00	1,00	2200,00	70,00	12/05/2023	1540,00						
130105134	26/04/2023	B	LABORATOIRES D ANALYSES NEUROCHIRURGIE	410,00	410,00	372,73	1,00	410,00	70,00	12/05/2023	287,00						
130105134	26/04/2023	CS	PHARMACIES D OFFICINES	250,00	60,00	1,00	1,00	60,00	70,00	12/05/2023	42,00						
130105134	26/04/2023	PH		82,30	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	12/05/2023	0,00						
Total remboursé						مجموع مبلغ التعويض											
Total général remboursé						مبلغ التعويض الاجمالي											
1869,00																	
1869,00																	

- 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
www.cnss.ma/Portail/
« Ma CNSS »
080 20 30 100
080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات:
يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن له
أو تطبيق الهاتف
أو الاتصال بالموبوب الآلي على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام