

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

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



Courrier
Déclaration de Maladie

M23- N° 0035479

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00912 Société : 200793

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUDRAA Abdelkader

Date de naissance :

Adresse : Complément

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : KHALIL MIA Age :

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

Nature de la maladie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23- N° 0035479

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pour</p>	complément	

[illegible][illegible]

VOLET ADHERENT

ETABELL

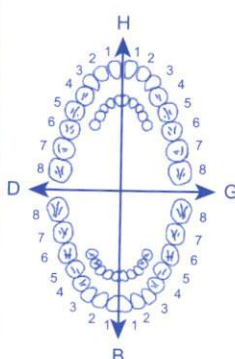
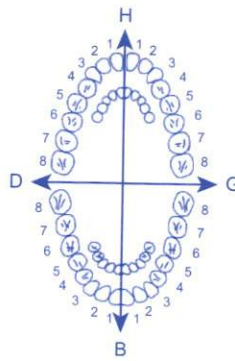
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
					MONTANTS DES SOINS													
					DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
					DATE DU DEVIS													
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a semi-circular arch supported by piers. The piers are numbered 1 through 8 on both the left and right sides, starting from the center and moving outwards. The top of the arch is labeled 'H', the bottom is labeled 'B', the left side is labeled 'D', and the right side is labeled 'C'. The bridge is shown in a perspective view, with the arch curving upwards and the piers supporting it.

FIN
D'EXECUTION

MONTANTS DES SOINS

DATE DE
L'EXECUTION

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.

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

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل 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.

لأنحة 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 للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ماسبق ذكره.

Complémentaire - Boudran 912

 الصندوق الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم 610-1-02	R.E. ANAM : 1.2.08.01
موافقة مسبقة Entente préalable	تنفيذ Exécution		
N° Dossier :			
Partie réservée à l'assuré(e)			
خاص بالمؤمن له (لها)			
الإسم العائلي والشخصي : KHALIL MINA			
رقم التسجيل : 138384228			
رقم بطاقة التعريف الوطنية : B 411 292			
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"/>			
العنوان : 50 Lot Noutawakel DAR BOUAZZA			
مبلغ المصاريف : 1380,00 Dhs.			
Montant des frais :			
عدد الوثائق المرفقة :			
Nombre de pièces jointes :			
Déclaration du médecin traitant			
المستفيد من العلاجات			
الاسم العائلي والشخصي :			
تاريخ الأزيد :			
رقم بطاقة التعريف الوطنية :			
الجنس* :			
INPE et code à Barres**			
الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر**			
Médecin traitant الطبيب المعالج		Etablissement de soins المؤسسة العلاجية	
نوع العلاجات*			
Hospitalisation <input type="checkbox"/> إستشفاء <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> أمومة <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> حادثة <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> مرض <input type="checkbox"/>			
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.		Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.	
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه		أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه	
Fait à :		Fait à :	
في :		في :	
Le :		Le :	
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)		توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins	

* أنشط الخانة المناسبة

* 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

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة داکار - الدار البيضاء ص - ب، 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف : 080 203 3333

CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP : 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333

Description des actes effectués				وصف العمليات المجراة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clè+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
07/03/2024	001- TKM		13800H		
INPE et code à Barres 020060684					
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _					

CIM - 10

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clè+ 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 _ _ _ _ _ _ _ _ _						
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء، الأشعة والصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clè+ 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 _ _ _ _ _ _ _ _ _					

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _		
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



Casablanca, le 04/03/2024 الدار البيضاء، في

(14)

Direction des Prestations AMO

مديرية تعويضات التأمين الإجباري عن المرض

CLINIQUE FRANCE VILLE
GHANDI 20200 CASABLANCA



Réf : N° d'immatriculation : 138384228

Nom et prénom de l'assuré : KHALIL MINA

Nom et Prénom du bénéficiaire : KHALIL MINA

Utilisateur : R9037

Objet : Attestation de prise en charge

الموضوع : شهادة التحمل

Madame, Monsieur,

سيديتي، سيدي

En réponse au dossier de prise en charge numéro 880531528 reçu le 02/03/2024 nous vous faisons part de notre accord concernant :

جوابا على ملفكم المتعلق بالنحمل برقم 880531528 والذي وافقتمونا به بتاريخ 2024/03/02 نطلعكم على موافقتنا بخصوص :

Le bénéficiaire

KHALIL MINA

المستفيد

L'établissement

090060484

Le montant accordé

4620,00 DH

المبلغ المعوض

La validité de prise en charge

du 02/03/2024 au 02/04/2024

صلاحية التحمل

Cette attestation doit être jointe à votre demande de remboursement à déposer dans un délai n'excédant pas 90 jours à compter de la date de sortie du patient de votre établissement et ce, pour vous permettre de bénéficier du règlement des frais d'hospitalisation selon les conditions et modalités fixées par voie

هذه الشهادة يجب أن ترفق بطلب التعويض الذي يجب إيداعه في أجل لا يتعدى 90 يوما من تاريخ خروج المريض من مؤسستكم، وذلك لتمكينكم من الاستفادة من استرجاع مصاريف الاستشفاء، طبقا للشروط وكيفية التطبيق التي يحددها القانون.

Aussi, nous vous signalons que la non réalisation des soins dans les délais sus mentionnés rend la présente attestation sans effet.

كما نثير انتباهكم إلى أن عدم إنجاز العلاجات داخل الآجال المشار إليها أعلاه، يفقد هذه الشهادة صلاحيتها.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

وتفضلوا سيديتي، سيدي، بقبول خالص تحياتنا.

Réserves :

- S/R: CR + CD coronarographie

قسم الموافقة المسبقة والتحمل

Division Accords Préalables & Prises en Charge



Casablanca, le 04/03/2024 في الدار البيضاء،

Direction des Prestations AMO

مديرية تعويضات التأمين الإجباري عن المرض

CLINIQUE FRANCE VILLE
GHANDI 20200 CASABLANCA



Réf : N° d'immatriculation : 138384228

Nom et prénom de l'assuré : KHALIL MINA

Nom et Prénom du bénéficiaire : KHALIL MINA

Utilisateur : R9037

Objet : Attestation de prise en charge

الموضوع : شهادة التحمل

Madame, Monsieur,

سيدتي، سيدي

En réponse au dossier de prise en charge numéro 880531528 reçu le 02/03/2024 nous vous faisons part de notre accord concernant :

جوابا على ملفكم المتعلق بالتحمل رقم 880531528 والذي وافقتمونا به بتاريخ 2024/03/02 نطلعكم على موافقتنا بخصوص :

Le bénéficiaire

KHALIL MINA

المستفيد

L'établissement

090060484

Le montant accordé

4620,00 DH

المبلغ المعوض

La validité de prise en charge

du 02/03/2024 au 02/04/2024

صلاحية التحمل

Cette attestation doit être jointe à votre demande de remboursement à déposer dans un délai n'excédant pas 90 jours à compter de la date de sortie du patient de votre établissement et ce, pour vous permettre de bénéficier du règlement des frais d'hospitalisation selon les conditions et modalités fixées par voie

هذه الشهادة يجب أن ترفق بطلب التعويض الذي يجب إيداعه في أجل لا يتعدى 90 يوما من تاريخ خروج المريض من مؤسستكم، وذلك لتمكينكم من الاستفادة من استرجاع مصاريف الاستشفاء، طبقا للشروط وكيفية التطبيق التي يحددها القانون.

Aussi, nous vous signalons que la non réalisation des soins dans les délais sus mentionnés rend la présente attestation sans effet.

كما نشير انتباهكم إلى أن عدم إنجاز العلاجات داخل الآجال المشار إليها أعلاه، يفقد هذه الشهادة صلاحيتها.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

وتفضلوا سيدتي، سيدي، بقبول خالص تحياتنا.

Réserves :

- S/R: CR + CD coronarographie

قسم الموافقة المسبقة والتحمل

Division Accords Préalables & Prises en Charge

CLINIQUE FRANCE VILLE

CLINIQUE CARDIOVASCULAIRE

Organisme de PEC : CNSS

NOM DU PATIENT : Mme KHALIL EP BOUDRAI MINA

SEJOUR : Du 07/03/2024 au 07/03/2024

Casablanca

TICKET MODERATEUR SUR FACTURE

202400874

Du : 07/03/2024

1 380,00

Ventes en exonération de la TVA suivant l'article n°91-VI-1° du C.G.I

Arrêt la présente à la somme de **MILLE TROIS CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS**

Signature de l'adhérent



CNSS
NOM DU PATIENT : Mme KHALIL EP BOUDRAI M'NA
NOM ADHERENT : KHALIL EP BOUDRAI MINA
SEJOUR : Du 07/03/2024 au 07/03/2024
MATRICULE : 138384228
REF. PEC : 880531528
COTATION : 4 620,00

ICE
Adresse

CLINIQUE FRANCE VILLE
CENTRE CARDIOVASCULAIRE



FACTURE

202400874
Du : 07/03/2024

Code	Prestation	Qté	Lettre Clé	Prix U.	Montant
Y100	CORONAROGRAPHIE	1		6 000,00	6 000,00
				Total Facture	6 000,00
				Part organisme	4 620,00
				Part adhérent	1 380,00

Ventes en exonération de la TVA suivant l'article n°91-VI-1° du C.G.I


Arretée à la somme de SIX MILLE DIRHAMS

Notre compte bancaire :
BANQUE P AGENCE ROMANDIE, RIB 190 780 21211 9265722 0005 71



CLINIQUE FRANCE VILLE

CENTRE CARDIOVASCULAIRE
Casablanca

NOM DU PATIENT : Mme KHALIL EP BOUDRAI MINA DATE DE NAISSANCE : 03/04/1946		Sejour : Du 07/03/2024 au 08/03/2024
		
Reçu N°: 177491		
Païement du 07/03/2024 08h34		
Actes		
Montant		1 380,00 Dh
Type de paiement		TPE

Imprimé par : HAMROUCH AMINA Le 07/03/2024 08h34



07/03/24 08:38:30
9900882540
98825401
CLINIQUE FRANCE VILLE II
Casablanca

A0000C0C031010
APP : VISA
BOUDRAA ABDELKADER
xxxxxxxxxxxx2549
04/25 CARTE NATIONALE
59FE58F3770C1F60
201-0-9999-1-44

MONTANT: 1380,00 MAD

NUM TRANSACTION : 001
NUM AUTORISATION: 397112
STAN 004690

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT

Clinique France Ville
393 Bd. Ghandi - Casa
Tél: 05.22.23.26.27
H.A.

Dr Driss BENCHAKROUNE

Cardiologue - Rythmologue
Diplômé de la faculté de médecine de Rabat
Diplômé en rythmologie de l'université de Bordeaux
Ancien médecin des hôpitaux de Bruxelles
Ancien médecin de l'hôpital militaire de Rabat

دكتور بنشكرون ادريس

متخصص في أمراض القلب و الشرايين
متخصص في اضطرابات نبضات القلب
خريج كلية الطب بالرباط و بوردو (فرنسا)
طبيب سابق بمستشفيات بروكسل (بلجيكا)
طبيب سابق بالمستشفى العسكري (بالرباط)

CABINET DE CONSULTATIONS ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Electrocardiogramme

Echographie cardiaque
trans-thoracique

Echographie cardiaque
trans-oesophagienne

Echographie doppler
vasculaire

Holter rythmique

Holter tensionnel

Epreuve d'effort

Rythmologie diagnostique
et interventionnelle

Implantation de pacemaker

Implantation de
défibrillateur

Electrophysiologie
endocavitaire

Exploration des troubles
du rythme cardiaque
et palpitations

01/02/2024

Demande de coronarographie

Mme KHALIL Mina

Patiente de 77 ans, hypertendue, dyslipidémie, accusant un angor mixte
ainsi qu'une dyspnée stade II

Son examen cardiovasculaire est sans particularités.

Son ECG inscrit un RRS à 80 cpm avec abrasion de R en ASA + HVG

Son échocardiographie objective :

- Cardiopathie hypertensive et ischémique.
- FEVG à 63 % SB avec hypokinésie antérieure.
- Indication à une coronarographie.

Une coronarographie diagnostique est nécessaire.

Cordialement

Dr Benchakroune Driss

Dr. BENCHAKROUNE Driss
Cardiologue - Rythmologue
193, Bd Oum Rabii - Casablanca
Tél: 05 22 90 80 20 - 07 77 04 78 68

193 bd Oum Rabii - 2ème étage - Oulfa - Casablanca

193 شارع أم الربيع - ولفا - البيضاء

(au dessus laboratoire ORBIO - Face Lydec)

Tel: 05 22 90 80 20

Portable/WhatsApp: 07 77 04 78 68

06 61 29 13 24

Email: driss.benchakroune@gmail.com



Casablanca , le 07/03/2024

CORONAROGRAPHIE

PATIENT : KHALIL EP BOUDRAI MINA
OPERATEUR : DR. ELHAMMIRI AYOUB
CORRESPONDANT : DR DR SAJIDE

Voie d'abord: Radiale droite 5 F

Ctes Hémodynamiques:

Fréquence cardiaque: 85/min

Rythme cardiaque : Rythme sinusal

Aorte (s/d-m) mmHg: 140/80 mmHg

Angiographie coronaire:

Réseau coronaire gauche :

. *Le tronc commun est de calibre normal sans lésion significative.*

. *L'artère inter ventriculaire antérieure est de calibre normal, sans lésion significative le long de son trajet, donnant des diagonales et des septales indemnes de lésion.*

. *L'artère circonflexe est une artère de calibre normal sans lésion significative donnant de belles marginales avec une belle distalité.*

Réseau coronaire droit :

. *L'artère coronaire droite est de calibre normal, sans lésion significative le long de son trajet, donnant l'IVP et la RVG.*

Conclusion :

Réseau coronaire sans lésion significative.

Signé : DR. ELHAMMIRI AYOUB

Pour consulter les images de cet examen
Lien : <http://102.50.241.146:8085/images>
Login : HIS913199239924
Mot de passe : HIS69894

DR EL HAMMIRI AYOUB
Cardiologue Interventionnel
Contact 06 68 17 35 99
INPE 091184911

CLINIQUE FRANCE VILLE

CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Casablanca

BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER 2400960

NOM DU PATIENT Mme KHALIL EP BOUDRAI MINA

MÉDECIN TRAITANT SAJIDE HASSAN

PRISE EN CHARGE CNSS

NUMERO PRISE EN CHARGE 880531528

DATE D'ENTREE 07/03/2024

DATE DE SORTIE 07/03/2024



Pour

Dani

Khadija

De Mr Boudras

ICE
Adresse

CLINIQUE FRANCE VILLE
CENTRE CARDIOVASCULAIRE

CNSS
NOM DU PATIENT : Mme KHALIL EP BOUDRAI MINA
NOM ADHERENT : KHALIL EP BOUDRAI MINA
SEJOUR : Du 07/03/2024 au 07/03/2024
MATRICULE : 138384228
REF. PEC : 880531528
COTATION : 4 620,00

2



INPE 090060484

FACTURE
202400874
Du : 07/03/2024

Code	Prestation	Qté	Lettre Clé	Prix U.	Montant
Y100	CORONAROGRAPHIE	1		6 000,00	6 000,00
				Total Facture	6 000,00
				Part organisme	4 620,00
				Part adhérent	1 380,00

Ventes en exonération de la TVA suivant l'article n°91-VI-1° du C.G.I

Arretée à la somme de SIX MILLE DIRHAMS

Notre compte bancaire :

BANQUE P AGENCE ROMANDIE, RIB 190 780 21211 9265722 0005 71



Notre compte bancaire : BANQUE. P AGENCE ROMANDIE, RIB 190 780 21211 9265722 0005 71
393, Bd GHANDI, angle rue FOUITEH - Tél : 05 22 23 26 27 - Fax : 022 99 30 26
I.C.E : 001611257000076 - Patente : 34776707 - Identifiant fiscal : 40160087 - CNSS 777 11 25

Casablanca

TICKET MODERATEUR SUR FACTURE

202400874
Du : 07/03/2024

1 380,00

Ventes en exonération de la TVA suivant l'article n°91-VI-1° du C.G.I

Arrêt la présente à la somme de **MILLE TROIS CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS**

X

Signature de l'adhérent



CLINIQUE FRANCE VILLE

CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Casablanca

5

BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER 2400960

NOM DU PATIENT Mme KHALIL EP BOUDRAI MINA

MÉDECIN TRAITANT SAJIDE HASSAN

PRISE EN CHARGE CNSS

NUMERO PRISE EN CHARGE 880531528

DATE D'ENTREE 07/03/2024

DATE DE SORTIE 07/03/2024

