

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

- 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.

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



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

200534

Déclaration de Maladie

M23- N° 0030334

☐ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2658 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MENIAR EL MENIAR

Date de naissance : 30/06/52

Adresse : Casablanca

Tél. : 0672833390 Total des frais engagés : 2250,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Complémentaire Age :

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

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALL ☒ 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) :

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

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

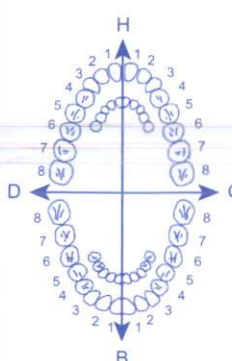
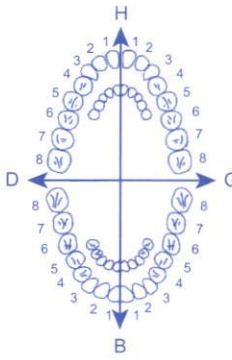
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

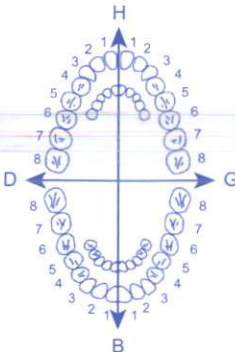
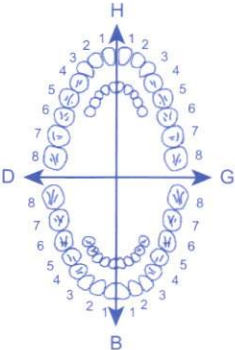
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000,</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">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.

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE					
	H 2553341221433552 00000000,00000000 D00000000000000000G 3553341111433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS			
				DATE DU DEVIS			
				DATE DE L'EXECUTION			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Instructions à suivre

Les feuilles de soins relatives aux affections de longue durée (ALD) sont utilisées par les assurés disposant d'un Accord d'Exonération du Ticket Modérateur (ETM) attestant que le bénéficiaire est atteint d'une affection de longue durée. Elles sont utilisées uniquement pour les soins liés à l'ALD;

Le numéro de l'accord de l'ALD doit être porté à la première page de la feuille de soins. Sinon, il faut joindre copie de l'ETM au dossier de demande de remboursement;

Les résultats des analyses biologiques ne sont pas exigés lors du dépôt des dossiers de demande de remboursement au niveau de votre Mutuelle. Les résultats des examens radiologiques ne sont pas également exigés sauf pour des cas précis (Visitez le site de la CNOPS pour plus de détail);

La feuille de soins doit porter l'INPE du médecin traitant et des professionnels de soins, ainsi que leur cachet, leur signature et la date des actes;

Le remboursement des dossiers de maladie s'effectue sur la base de la tarification Nationale de Référence;

Le dossier de remboursement doit être adressé ou présenté à la mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a un traitement médical continu. Dans ce cas, le dossier doit être présenté dans les 60 jours qui suivent la fin du traitement;

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. (Article 135 de la Loi 65-00);

Pour plus d'informations, visitez le site www.cnops.org.ma ou le site de votre mutuelle.

Pour l'Assurance Maladie Obligatoire des Etudiants (AMOE) les bénéficiaires doivent renseigner leurs noms, le n° de la CIN et adresser le dossier de remboursement à la CNOPS au 4, rue Al Khalil, B.P 209- Rabat.

تعليمات يجب اتباعها

تستعمل أوراق العلاج المتعلقة بالأمراض المزمنة من طرف المؤمنین الحاصلين على الموافقة على الإعفاء من الحصة المتبقية على عاتقهم ETM والتي تشهد بإصابة المستفيد بمرض مزمن أو طويل الأمد، كما تستعمل فقط بالنسبة للعلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة أو طويلة الأمد،

يجب تدوين رقم الموافقة على الإعفاء الموجود في الشهادة على الصفحة الأولى من ورقة العلاجات، وألا فإنه من الضروري إرفاق نسخة من الموافقة على الإعفاء من الحصة المتبقية ETM بملف المرض.

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاوضية ولا بالإدلاء بنتائج الفحوصات الإشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (زوروا موقع الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل)

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقي مهنيي الصحة وتوقيعهم وختمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي،

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاوضية التي تنتمون إليها خلال الشهرين المواليين لتاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوما ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج.

يغاقب بغرامة وإرجاع المبالغ المقبوضة بغير حق دون الإخلال بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة (المادة 135 من القانون 65-00).

للمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصندوق www.cnops.org.ma أو الموقع الإلكتروني للتعاوضية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE)، يجب على المستفيدين تدوين إسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية وإرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زقة الخليل ص.ب 209 الرباط.

توقيع وطابع التعاوضية

Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent :
Date de dépôt du dossier :
تاريخ الإيداع :



ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم 1.1.01.01

رقم الهاتف (اختياري): 0672833391 N° du Tél (optionnel):

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن (ة)

الاسم العائلي والشخصي : Touria ZINE

رقم الانخراط : 363178

رقم التسجيل : 432874741

رقم بطاقة التعريف الوطنية : 1331280

علاقة القرابة : Conjoint ☒ زوج ☐ ابن ☐ بنت ☐ بين المستفيد والمؤمن(ة)*

العنوان : Ag. Lot Daudoum Sidi Yaarouf

إجمالي المصاريف (بالدرهم) : 225 DH

عدد الوثائق المرفقة : 7 pièces

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

الاسم العائلي والشخصي : Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

تاريخ الأزيد : 05/02/2024

رقم بطاقة التعريف الوطنية : 1331280

الجنس : Masculin ☒ ذكر ☐ أنثى ☐ Féminin

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE) : 090006784

نوع العلاجات : Type de soins

قبول المرض المزمن : Admission ALD* : oui ☐ non ☐

رقم ملف المرض المزمن : N° dossier ALD* : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

رقم المرض المزمن : Code ALD : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

تم تقديم الظرف المغلق : Soins ambulatoires* ☐ علاجات خارجية* ☐ Plu confidentiel remis* : oui ☐ non ☐

تاريخ الاستشفاء : Hospitalisation* ☐ استشفاء* ☐ Date d'hospitalisation : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

فعل : Fait à : Casablanca

في : Le : 05/02/2024

توقيع المؤمن (ة) : Signature de l'assuré (e)

أشهاد بصحة كل ما ذكر أعلاه

لأمانة على الشرف L'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Établissement de soins

* Cocher la mention utile pour chaque case

* ضع علامة في الخانة المناسبة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

وصف العمليات المجراة

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du médecin traitant
18/1/2014					
25/12/2023		V acc F acc	165		

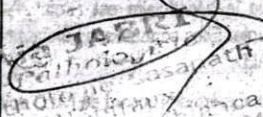
CIM - 10

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ	الثمن المفوتر	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية
Date d'exécution	Prix facturé	Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
INP : [][][][][][][]		
INP : [][][][][][][]		
INP : [][][][][][][]		

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

عمليات الإحياء، الأشعة والصور

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب أو الإحائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
25/11/83				600 DH	
INP: 10210212679					
INP: [] [] [] [] [] [] [] []					
INP: [] [] [] [] [] [] [] []					

عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : [][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][]					

16:03 P



🏠 cnops.org.ma/assure_ + 7 :

CARTE NATIONALE DES ORGANISMES DE PRÉVOYANCE SOCIALE

PRODUCTEURS DE SOINS

ASSURÉS

EMPLOYÉS

CNOPS

Ce plug-in n'est pas compatible.



ZINE TOUHA
CIN B 377280
AFFIL: 432874744



Information

EN COURS DE TRAITEMENT

Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Maternité	Total
3	02/09/2024	Payé en : 49 jours	Virement	ZINE TOUHA	3 406,40	1 540,04	191,16	1 771,20
0513297	02/09/2024	Payé en : 49 jours		ZINE TOUHA	2 208,00	1 093,00	48,40	1 142,00
0513247	02/09/2024	Payé en : 49 jours		ZINE TOUHA	300,00	120,00	30,00	150,00
0513244	02/09/2024	Payé en : 49 jours		ZINE TOUHA	80,40	326,44	112,36	439,20
1	06/02/2024	Virement	-	-	3 736,00	1 320,00	30,00	1 350,00
2	05/12/2023	Virement	-	-	2 457,40	1 259,10	383,30	1 643,00
3	03/11/2023	Virement	-	-	5 399,60	1 196,02	372,58	1 568,60
1	01/11/2023	Virement	-	-	1 500,00	600,00	150,00	750,00
1	06/10/2023	Virement	-	-	612,90	250,00	80,00	330,00
1	30/08/2023	Virement	-	-	840,40	441,10	161,50	603,00
3	28/06/2023	Virement	-	-	2 928,00	1 265,02	447,58	1 712,60
1	12/06/2023	Virement	-	-	1 200,00	480,00	120,00	600,00
1	22/03/2023	Virement	-	-	485,30	285,41	110,89	396,50
1	20/03/2023	Virement	-	-	4 726,30	1 188,63	340,27	1 529,90
1	05/01/2023	Virement	-	-	277,80	93,66	40,14	133,60

Application Mobile : SMART CNOPS - Assure



Produit par le CNOPS | Développement : PMA du CNOPS
Logo - Tous droits réservés
2024

Royaume du Maroc



MME ZINE TOURIA
NR 179 LOT DANDOUNE SIDI
MAAROUF
CASABLANCA
CASABLANCA PRINCIPAL
20001

Accusé de Réception



N° de Dossier :

85113767

Date et heure : 02/01/2024 13:36

Nom et prénom Assuré :

ZINE TOURIA

Immatriculation :

43874741 / 500397558

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang :

ZINE TOURIA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 40105

Valeur en Dirhams :

2 250,00

Nombre de pièces : 7

Code Etablissement :

Agent de réception : M4M0088

Nom Etablissement :

MON ET PRENOM : zine touria

AGE : 65 ans

DATE :25/12/2023

ENDOSCOPISTE : TAHIRI JOUTEI HASSANI MOHAMMED

MEDECIN ANESTHESISTE : DR BERRADA

APPAREIL OLYMPUS 190 APPAREIL DESINFECTE TROMPER DANS LE CIDEX ET LAVE

R/ CLINIQUE : Douleurs épigastriques

OESOPHAGE : cardia 36 CM des arcades dentaires,
La muqueuse œsophagienne est d'aspect normal

ESTOMAC :

Lac muqueux abondant

Les plis fundique sont conservés

La muqueuse antrofundique est érythémateuse et atrophique par endroit (Biopsies)

Présence d'un pli pré pylorique d'allure inflammatoire (biopsies)

Retro vision : même aspect décrit

Pylore : franchi

Bulbe D1-D2 : RAS

CONCLUSION :

Aspect de gastrite érythémateuse et atrophique antro - fundique

Pli pré pylorique d'allure inflammatoire

Tahiri Joutei Hassani Mohammed
Pr **TAHIRI JOUTEI HASSANI MOHAMMED**
Professeur Agrégé en
Gastro-entérologie
CHU Ibn Rochd - Casablanca

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R E

N° : 37055 / 2023 du 25/12/2023

Nom patient **ZINE TOURIA**
PAYANT

Entrée 25/12/2023

Sortie 25/12/2023

FIBROSCOPIE

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FIBROSCOPIE	1.00	FIBROSCOPIE	1 650.00	1 650.00
			Sous-Total	1 650.00
Total Clinique				1 650.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS	Total	1 650.00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA
FACTURATION
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél : 05 22 77 71 40 à 49 (L.G)
Fax : 05 22 25 00 01

Dr. Amal BENKIRANE

Professeur d'Anatomie Pathologique

Ex. Enseignante à la Faculté de

Médecine de Casablanca



**CENTRE DE
PATHOLOGIE
SPÉCIALISÉE
CASABLANCA**

CASAPATH

Dr. Lamia JABRI

Professeur d'Anatomie Pathologique

Ex. Enseignante à la Faculté de

Médecine de Casablanca

RECU LE : 25/12/2023

EDITE LE : 27/12/2023

NOM & PRENOM : ZINE TOURIA

PRESCRIPTEUR : Dr. TAHIRI JOUTEI HASSANI MOHAMMI

AGE : 65 ans

Code Patient : 126786

N/REF : 31225313

ORGANE : Antre-fundus.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Gastrite antro-fundique érythémateuse.

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

I-Antre:

Deux fragments biopsiques de 3 mm chacun, inclus en totalité et examinés sur plusieurs niveaux de coupe. Histologiquement, ils correspondent à une muqueuse de type antral comportant la tunique musculaire muqueuse (visible sur un fragment). Le revêtement épithélial de surface et cryptique est régulier sans métaplasie intestinale. Le chorion est congestif et fibreux peu abondant, siège d'un infiltrat inflammatoire mononucléé minime fait de lymphocytes et de plasmocytes sans polynucléaires neutrophiles. Les glandes sont de hauteur et de densité conservée sans signes de dysplasie. Il n'est pas observé d'*Helicobacter Pylori*.

II-Fundus:

Un fragment biopsique de 2 mm, inclus en totalité et examiné sur plusieurs niveaux de coupe. Histologiquement, il correspond à une muqueuse de type fundique comportant la tunique musculaire muqueuse (visible sur un fragment). Le revêtement épithélial de surface et cryptique est régulier sans métaplasie intestinale. Le chorion est congestif et fibreux peu abondant, siège d'un infiltrat inflammatoire mononucléé minime fait de lymphocytes et de plasmocytes sans polynucléaires neutrophiles. Les glandes sont de hauteur et de densité conservée sans signes de dysplasie. Il n'est pas observé d'*Helicobacter Pylori*.

CONCLUSION:

- Antre: Gastrite chronique antrale légère, non atrophique, non active sans métaplasie intestinale ou dysplasie et sans *Helicobacter pylori*.

- Fundus: Gastrite chronique fundique légère, non atrophique, non active sans métaplasie intestinale ou dysplasie et sans *Helicobacter pylori*.

Signé : Dr. Lamia JABRI

Pr. Lamia JABRI

Anatomie Pathologiste

Centre de Pathologie Casapath

5, Rue des Hôpitaux 20360 Casablanca

Tél: 05 22 22 13 46 / 66 - Fax : 05 22 22 14 24

Dr. Lamia JABRI
Anatomie Pathologiste
Centre de Pathologie-Casapath
6, Rue des Hôpitaux
Résidence du Parc - Casablanca
Tél: 05 22 22 13 46 / 66 - Fax : 05 22 22 14 24
INPE : 091024679



CENTRE DE PATHOLOGIE SPÉCIALISÉE CASABLANCA

6, rue des Hôpitaux - Résidence du Parc - 1er étage 20360 - Casablanca
Tel: 0522 22 13 46/66 - Fax : 0522 22 14 24 - Email : labocasapath@gmail.com

Patente 36333531 ICE 003224214000036 IF 40204512

FACTURE

REF : 23/16794

Date de facturation 29 / 12 / 2023
Médecin traitant Dr. TAHIRI JOUTEI HASSANI MOHAMMED
Patient ZINE TOURIA - 126786
Demande **H31225313 - 25/12/2023**

Liste des examens

ESTOMAC - DUODENUM

Total	600,00	Dhs
coefficient-P		545

Arrêtée la présente facture à la somme de : SIX CENTS DIRHAMS

Dr. Lamine TAHIRI
Amir - Pathologiste
Centre de Pathologie Spécialisée
6, Rue des Hôpitaux
Résidence du Parc - Casablanca
Tel: 05 22 13 46/66 - Fax: 05 22 14 24
N° Pat: 36333531 - N° ICE: 003224214000036 - N° IF: 40204512

Dr. Lamia JABRI
Professeur d'Anatomie Pathologique
Ex. Enseignante à la Faculté de
Médecine de Casablanca

 CENTRE DE
PATHOLOGIE
SPÉCIALISÉE
CASABLANCA
CASAPATH

Dr. Amal BENKIRANE
Professeur d'Anatomie Pathologique
Ex. Enseignante à la Faculté
de Médecine de Casablanca

DEMANDE

ENTR: 25/12/2023 PAYANT
PR. TAHIRI JOUTEI HASSANI

H2311309

-CYTOPATHOLOGIQUE

De la part du Dr

Nom et prénom

Mme ZINE TOURIA
Nais: 05/02/1958 NA
Entr: 25/12/2023 PAYANT
PR. TAHIRI JOUTEI HASSANI

Age : Sexe :

Date de prélèvement :

Renseignements cliniques et paracliniques :

Geste de frottis cyto
H2311309

Organe prélevé :

Nature de l'acte réalisé :

Biopsie antérieure :

☐ Oui

FCV : ☐ Vagin

☐ Exocol : ☐ Endocol :

Réf :

Date des dernières règles :

Thérapeutique antérieure ou en cours :

Pr. Lamia JABRI
Centre de Pathologie Casapath
Résidence du Parc - Casablanca
Tél: 05 22 22 13 46 / 66 - Fax: 05 22 22 14 24
E-mail: labocasapath@gmail.com

Signature & Cachet

Tahiri Joutei Hassani
Professeur Agrégé en
Gastro-entérologie
CHU Ibn Rochd - Casablanca
6, rue des Hôpitaux - Résidence du Parc - 1^{er} étage 20360 Casablanca, Maroc
GSM.: 06 60 30 04 09 / 06 66 24 86 98 - Tél.: 05 22 22 13 46 / 66 - Fax : 05 22 22 14 24
E-mail : labocasapath@gmail.com



ORDONNANCE

19/12/23
Tahiri Joudi
- Age 62 ans
- TPN
- phlegme - du pectoral

Recu

Tahiri Joudi Hassan Mohamed
Professeur Agrégé en
gastro-entérologie
CHU Ibn Rochd - Casablanca

Reçu de caisse

N° : 2312250805393510 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
H2311309	ZINE TOURIA	25/12/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	AWB/035927 Lui-même	1 650.00
PAYANT	Total payé	1 650.00
MILLE SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS		

Reçu établi par : WAFIK

CLINIQUE AL MADINA
CAISSE (2)
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
Fax : 05 22 77 00 01

CASABLANCA

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 25/12/2023 Heure 07:50

Nom et Prénom du patient Mme ZINE TOURIA

Age ou Date Naissance 66 - 05/02/1958

N° Cin du patient ou du tuteur B377280

Adresse Lot Dandoun n° 179 Sidi Maarouf

Téléphone 0672.83.43.91

Personne à appeler en cas d'urgence .

Médecin traitant TAHIRI JOUTEI HASSANI MO

Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 0
0.00

Motif d'hospitalisation FIBROSCOPIE

Affiliation à une couverture maladie OUI

Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

Nom et prénom de l'assuré

Lien de parenté

Organisme assureur

Mode de paiement

PAYANT - CNOPS AMO

Nom et prénom du signataire :

Signature

Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 25/12/2023

Heure 16:06

Durée d'hospitalisation (jours) 0

Nom et prénom du signataire :

Signature