

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 canaux, 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 canaux.

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-430676

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2174 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AZMY Amal
 Date de naissance : 23/10/1952
 Adresse : Res Eden Tawans - Imm 21 TM Apt 1
 Tawans 1 Dar Doua27a
 Tél : 0619 269668 Total des frais engagés : 1400 + 1298,80 Dhs
 Total 2698,80

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17841270 (1400,00)
 17841271 (1298,80)

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 : Casablanca Le : / /

Adhérent(e) :

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

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO		 الضمان الاجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : REF : 610-2-06 :
	Référence structurée : 190989028979442		Emis à Casablanca le : 12/09/2019	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة AZMY AMAL RES EDEN TAMARIS IMM B 21 APPT 1 TAMARIS 1 DAR BOUAZZA CASABLANCA 2722			
	N° d'immatriculation : 192133520 Règlement du mois : 09/2019 Mode de paiement : Virement			
Informations :				

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريف المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement %	مبلغ التعويض Montant remboursé
AZMY AMAL -										
017841271	19/06/2019	CS	MEDECIN SPECIALISTE	250,00	150,00	1,00	1,00	150,00	95	142,50
017841271	19/06/2019	KE	MEDECIN SPECIALISTE	350,00	200,00	1,00	1,00	200,00	95	190,00
017841271	19/06/2019	B	BIOLOGIE	550,00	1,10	480,00	1,00	528,00	95	501,60
017841271	19/06/2019	PH	PHARMACIE	148,80	148,80	1,00	1,00	148,80	95	141,36
017841270	02/07/2019	CSC	MEDECIN SPECIALISTE	400,00	250,00	1,00	1,00	250,00	95	237,50
017841270	02/07/2019	KE	MEDECIN SPECIALISTE	1 000,00	650,00	1,00	1,00	650,00	95	617,50
Total remboursé pour AMAL										1 830,46
Total général remboursé										1 830,46

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

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.

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل 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 و الوثائق 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 التعريفية الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة. لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض 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 و كل ما سبق ذكره.

<p>توقيع و طابع الوكالة</p> <p>Cachet et signature de l'Agence</p>	<p>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Réservé à la DAMO</p>
<p>Identification de l'agent :</p> <p>Date de dépôt du dossier : / /</p>	<p>Date d'arrivée : / /</p>

<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</p> <p>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>Réf. : 610-1-03 مرجع رقم</p>
<p>الضمان الاجتماعي</p> <p>AlXO+ +aLCSH+</p> <p>CNSS</p>	<p>موافقة مسبقة *</p> <p>Entente préalable *</p>	<p>تنفيذ *</p> <p>Exécution *</p>
<p>N° Dossier :</p>		
<p>خاص بالمؤمن له (ها)</p>		
<p>Partie réservée à l'assuré(e)</p>		
<p>الاسم العائلي و الشخصي : ARMY Amal</p> <p>N° Immatriculation : 4024335201</p> <p>N° CIN : B1549741</p> <p>علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (ها) * : ابن</p> <p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * : Conjoint</p> <p>العنوان : Bes. Eden Tawans. Im 2101 Apt 1 Tawans 1</p> <p>مبلغ المصاريف : 1400 Dhs.</p> <p>عدد الوثائق المرفقة : 6P</p>		
<p>تصريح الطبيب المعالج</p>		
<p>المستفيد من العلاجات</p>		
<p>الاسم العائلي و الشخصي : ARMY Amal</p> <p>Date de naissance : 23/10/1952</p> <p>N° CIN : B1549741</p> <p>الجنس : * أنثى</p> <p>الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر ** : 0974335201</p>		
<p>INPE et code à barres **</p>		
<p>مédecin traitant</p> <p>الطبيب المعالج</p>	<p>Etablissement de soins</p> <p>المؤسسة العلاجية</p>	
<p>نوع العلاجات</p>		
<p>قبول المرض المزمن * : Oui</p> <p>N° dossier ALD : / /</p> <p>Code ALD : / /</p> <p>Maladie * <input type="checkbox"/> مرض * <input type="checkbox"/> Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء *</p>		
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p> <p>Fait à : / /</p> <p>Le : / /</p> <p>توقيع المؤمن له</p> <p>Signature de l'assuré(e)</p>		
<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p> <p>Fait à : / /</p> <p>Le : / /</p> <p>توقيع و طابع الطبيب المعالج أو من Etablissement de soins</p> <p>Cachet et signature du médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>		

* - أنطب الحالة المنسوبة

* Cocher la mention appropriée 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.

دار المؤمن - ساحة دكار - الدار البيضاء - الهاتف 080 203 3333 - 2186 - الدار البيضاء - المصحة - 080 200 7200 / 080 203 3333

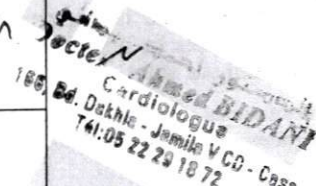
دار المؤمن - Place de DAKAR - Casablanca B.P. : 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

Description des actes effectués						وصف العمليات المجرة			
تاريخ 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	
07/08		G		E E		4000		<p style="text-align: center;"> BIDANI Dr. Ahmed Bidani Cardiologue 166, Bd. Dahla - Jamia V CD - Casablanca Tél: 05 22 29 16 72 </p>	
INPE et code à Barres									
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 clé+ Cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفقوتر 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 و الصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste		
02.07.17			2000 m			
INPE et code à Barres						
INPE et code à Barres						

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis					
Date d'exécution تاريخ التنفيذ	Prix facturé الثمن المفوتر	Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية			
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

تعليمات يجب إتباعها

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.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فوائير، ...).

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. لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي
رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.


<p>توقيع و طابع الوكالة</p> <p>Cachet et signature de l'Agence</p>	<p>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Réservé à la DAMO</p>
<p>Identification de l'agent : _____</p> <p>Date de dépôt du dossier : ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ تاريخ الإيداع : ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _</p>	<p>Date d'arrivée : ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ تاريخ الاستلام : ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _</p>

 الضمان الاجتماعي CNSS	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. : 610-1-03 مرجع رقم
موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *	
N° Dossier :		
Partie réservée à l'assuré(e)		خاص بالمؤمن له (ها)
Nom et prénom : <u>AZMY AMAL</u>		الاسم العائلي و الشخصي :
N° Immatriculation : <u>4921433549</u>		رقم التسجيل :
N° CIN : <u>3454974</u>		رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(c) *		علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (ها) *
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input type="checkbox"/> ابن		
Adresse : <u>Rue Edou Tammis Im 2481 Apt 1</u> <u>Tammis 1 Dar Bouazza</u>		العنوان :
Montant des frais : <u>1298,80</u> Dhs.		مبلغ المصاريف :
Nombre de pièces jointes : <u>11</u>		عدد الوثائق المرفقة :
Déclaration du Médecin traitant		تصريح الطبيب المعالج
Bénéficiaire de soins		المستفيد من العلاجات
Nom et prénom : <u>Azmy Amal</u>		الاسم العائلي و الشخصي :
Date de naissance : <u>13/11/1952</u>		تاريخ الإزدياد :
N° CIN : <u>3454974</u>		رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe * : M <input checked="" type="checkbox"/> نكر F <input type="checkbox"/> أنثى		الجنس * :
INPE et code à barres **		الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر **
Médecin traitant الطبيب المعالج		Etablissement de soins المؤسسة العلاجية
Type de soins		نوع العلاجات
Admission ALD * : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		قبول المرض المزمن * :
N° dossier ALD : _____		رقم ملف المرض المزمن :
Code ALD : _____		رمز المرض المزمن :
Maladie * <input type="checkbox"/> مرض Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء		
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.		أصرح بصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه
Fait à : <u>Casa</u>		ب :
Le : <u>19/11/2019</u>		في :
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré (e)		توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

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

CIM-10			
--------	--	--	--

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – dixième révision

<p>جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة</p> <p>Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis</p>		
<p>تاريخ التنفيذ</p> <p>Date d'exécution</p>	<p>الثمن المفوتر</p> <p>Prix facturé</p>	<p>توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية</p> <p>Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux</p>
<p>19/06/2019</p>	<p>148,80</p>	<p>  PHARMACIEN SUP. ANFA Dr. Moura Chahar Rte d'Azempour, Ann. Supérieur Tel: 05 22 99 01 16 </p>
<p>INPE et code à Barres</p> <p>_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>		
<p>INPE et code à Barres</p> <p>_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

CLINIQUE VILLE VERTE

EL SAN
TEL : 0522 51 23 23
TEL : 0667 57 57 57

F A C T U R E

N° **3 848** / 2019 du **02/07/2019**

Nom patient	AZMY AMAL	Entrée 02/07/2019	Sortie 02/07/2019
Prise en charge	PAYANTS		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
ECHO COEUR	1,00	Z	1 000,00	1 000,00
ECG	1,00		100,00	100,00
			Sous-Total	1 100,00
Total Frais Clinique				1 100,00
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. BIDANI AHMED (cardiologue)	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total prestations externes				300,00

	Total général	1 400,00
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> MILLE QUATRE CENTS DIRHAMS		

Encaissements			Carte Bq 1 400,00		Total encaissé 1 400,00	Solde 0,00
---------------	--	--	------------------------------------	--	--	-----------------------------

CLINIQUE VILLE VERTE
Casa Green Town, Villa
Bouskoura - Casablanca
TEL : 0522 51 23 23 / 0667 57 57 57

1298, 80



الضمان الاجتماعي
+DICO+ +.C.+
CNSS

Le devoir de vous protéger

DIRECTION REGIONALE

ANFA

AGENCE MY YOUSSEF

ACCUSE DE RECEPTION MANUEL

☒ AMO
 ☐ PV
 ☐ IJM-PRO
 ☐ AF
☐ RC
 ☐ Autre :

N° CNSS:



N° DOSSIER(s):

Matricule Collaborateur :

R2745 -

Date : 24/07/2019

هام جدا



مركز الاتصال
080 200 7200
080 203 3333

للمزيد من المعلومات

MA CNSS أو تطبيق الهاتف النكي



تحميل التطبيق الذي
يحمل اسم
Ma CNSS
من متجر
التطبيقات

أو زيارة بوابة المؤمن له

عبر الموقع www.cnss.ma

للإطلاع على عدد الأيام المصرح بها
و لتتبع ملفاتكم الخاصة بالتعويضات
المرجو الإتصال ب 080 20 30 100



التأمين الإجتماعي
+10000 +10000
CNSS

Le devoir de vous protéger

1400,00

DIRECTION REGIONALE

ANFA

AGENCE MY YOUSSEF

ACCUSE DE RECEPTION MANUEL

☒ AMO ☐ PV ☐ IJM-PRO ☐ AF
☐ RC ☐ Autre :

N° CNSS: 19 2133520

N° DOSSIER(s):



1 7 8 4 1 2 7 0

Matricule Collaborateur : R2745

Date : 24/07/2019

هام جدا

للمزيد من المعلومات



مركز الاتصال
080 200 7200
080 203 3333

أو تطبيق الهاتف الذكي MA CNSS



أو زيارة بوابة المؤمن له

عبر الموقع www.cnss.ma

للإطلاع على عدد الأيام المصرح بها
و لتتبع ملفاتكم الخاصة بالتعويضات
المرجو الإتصال ب 080 20 30 100

ORDONNANCE

A - AZMY - Amal.

Casablanca le, 02.07.19

● Urgences 24h/24

● Médecine

● Chirurgie

● Réanimation

● Radiologie

● Cardiologie
Interventionnelle

● Maternité

● Réanimation
Néonatale

● Hémodialyse

Echographie cardiaque

- Dans ventricule gauche peu
hypertrophie

- Fonction systolique et diastolique normale
légère sécheresse

- Pas de fuite ni de sténose valvulaire

- TS de la valvule de VG.

Cardiomyopathie hypertrophique

avec hypertrophie

au stade de TS de la valvule de VG

Dr. Ahmed BIDAN.
Cardiologue
Bd. Dakhla - Jnina VCC - Casablanca
Tél: 05 22 29 18 72

02.07.2019 15:07:09

Clinique La Ville Verte

Casablanca

Chambre:

Localité:

Numéro d'ordre:

Visit:

Indication:

Médicament 1:

Médicament 2:

Médicament 3:

Utilisé:

Méd. requérant:

Méd. référent:

Méd. soignant:

QRS : 74 ms

QT / QTcBaz :

386 / 416 ms

PQ :

142 ms

P :

100 ms

RR/pp :

852 / 857 ms

P/QRS/T :

43 / 10 / 39 degrés

Rythme sinusal normal

ECG normal

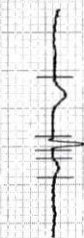
70 /min

-- / -- mmHg

	AP	PPA	QA	QD	RA	RD	SA	SD	APD	RPD	SPA	STJ	STM	STE	TA	TPA
I	63				576	74						-5	-20	0	156	
II	63		34	12	410	37	122	25				14	9	19	214	
III	48	-34	283	37	151	10	141	27				19	29	19	63	
aVR	-63		468	50	53	24						-5	4	-10	-185	
aVL	-19	48			429	74						-10	-25	-10	-19	68
aVF	53		39	29	273	19	131	26				19	19	19	141	
V1	34	-68			263	36	478	38				-5	19	58	97	
V2	34	-29			1206	39	737	35				-49	4	63	346	
V3	53	-24			708	41	605	33				-84	4	34	180	
V4	48				922	44	380	30				-59	-5	4	219	
V5	48		24	11	737	34	263	29				-35	0	9	209	
V6	48		29	12	527	36	141	26				-15	0	9	190	



aVR



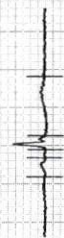
V1



V4



aVL



V2



V5



aVF



V3



V6



GE MAC2000

1.1

12SL™ v241

25 mm/s

10 mm/mV

ADS

0.56-40 Hz

50 Hz

Non validé

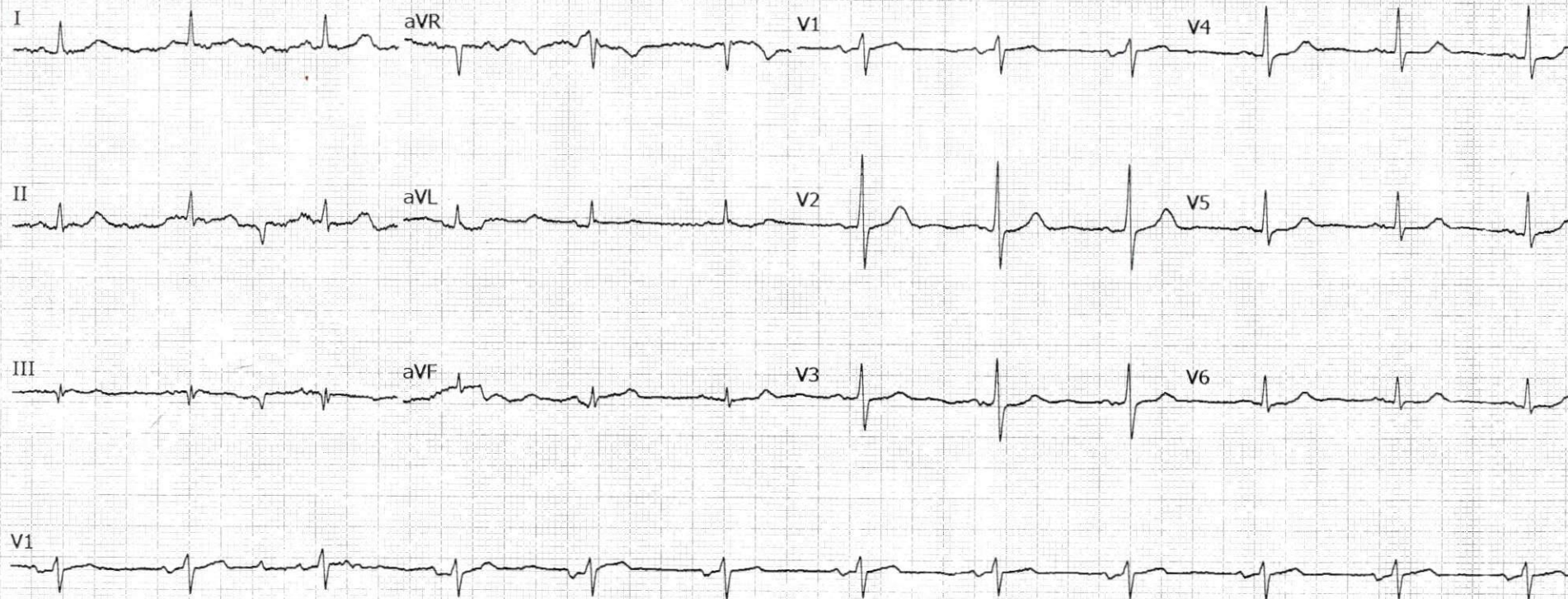
Médian 25

1/1

Utilisé:
Méd. requérant:
Méd. référant:
Méd. soignant:

QRS : 74 ms
QT / QTcBaz : 386 / 416 ms
PQ : 142 ms
P : 100 ms
RR/PP : 852 / 857 ms
P/QRS/T : 43 / 10 / 39 degrés

Rythme sinusal normal
ECG normal



Docteur Khaled DEMBRI



CABINET DEMBRI
Endocrinologie - Diabétologie

Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
Echographie Général
Diabète - Goitre-Anorexie-Hypertension Artérielle
Cholestérol-Lipides-Troubles de croissance
Andropause-Ménopause
Stérilité du couple
Traitement complet de l'Obésité

الدكتور خالد دميري

اختصاصي في أمراض الغدد و السكري و التغذية
الفحص بالصدى
مرض السكري و الغدة الدرقية
الضغط الدموي، الكوليسترول، الدهون
فقدان الشهية، اضطرابات النمو، البلوغ و الجنس
سن اليأس، العقم عند الرجل و المرأة
العلاج الكامل للسمنة

Casablanca, le : 18/06/19 في الدار البيضاء،

Mr. Hany Amal

49,60 x 03

D. cure forte

148,80

LAB tous le 10 jrs

LAB tous le 3 mds
→ 3 mds

PHARMACIE SUP ANFA
DR MOHAMED CHABACH PHA
Tél: 05 22 23 37 91 - 05 22 23 42 15

Dr. DEMBRI Khaled
Endocrinologie - Diabétologie
et Nutrition
9, Rue Cadi Lass, Casablanca
Tél: 05 22 23 37 91 - 05 22 23 42 15

9, شارع القاضي إياس، المابق الثاني، المعاريف - الدار البيضاء - جماعة المعاريف

9, Rue Cadi Lass, 2ème Étage (Face Ecole Bienfaisance Française - Côté de la Commune Maârif) - Casablanca
Tél.: 05 22 23 37 91 - Fax : 05 22 23 42 15 - GSM / (Si Urgence) 06 61 63 32 50
Email : kdembri@hotmail.com / kdiddi1966@yahoo.fr site web : www.dembri-encocrino.com

Dr DEMBRI KHALED Casa le 19.06.2019
Spécialiste en endocrinologie
Diabétologie et nutrition
9.rue kadi iass maarif. Casa
Tél: 0522233791 / Fax: 0522234215
GSM : 0661633250

Nom : Azmy
Prénom : Amal
Indication : Goitre

Facture pour Echographie Thyroïdienne : 350dh

Adresse : 9. Rue Kadi Iass 2^{ème} étage à côté de
Mac Donald's Casablanca
Kdembri@hotmail.com

Dr. DEMBRI Khaled
Endocrinologie Diabétologie
et Nutrition
9. Rue Kadi Iass Casablanca
Tél: 05 22 23 37 91 - 05 22 23 42 15

Dr DEMBRI KHALED Casa le 19.06.2019
Spécialiste en endocrinologie
Diabétologie et nutrition
9.rue kadi iass maarif. Casa
Tél: 0522233791 / Fax: 0522234215
GSM : 0661633250

Nom : Azmy
Prénom : Amal
Indication : Goitre

Laboratoire Dar Bouazza
N° 23 Lot. Sahel Dar Bouazza
CASABLANCA
Tél. : 05 22 29 27 39

Faire svp : TSHus + Ac Anti TPO

Adresse : 9. Rue Kadi Iass 2^{ème} étage à côté de
Mac Donald's Casablanca
Kdembri@hotmail.com

Dr. DEMBRI Khaled
Endocrinologie Diabétologie
et Nutrition
9. Rue Kadi Iass Casablanca
Tél: 05 22 23 37 91 - 05 22 23 42 15

Dr. Leyla BAHRI
Médecin Biologiste
Laboratoire Dar Bouazza



Casablanca, le 21/06/2019

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 200619-012 Pvt du: 20/06/2019

Nom : Mme AZMY Amal

Demandé par Dr : DEMBRI KHALED

Page : 1/1

BIOCHIMIE

Acide Urique 1

: 49,98 mg/l

Valeurs Usuelles

(24 - 70)

Antériorité

44,41 (28/06/18)

ENDOCRINOLOGIE

TSH us

: 1,25 μ UI/ml ✓

Valeurs Usuelles

Antériorité

1,88 (28/06/18)

(Technique : ELFA Mini Vidas Biomérieux)

- Euthyroidie : 0,25 à 5 μ UI/ml
- Hyperthyroidie : $< 0,15$ μ UI/ml
- Hypothyroidie : > 7 μ UI/ml

IMMUNOLOGIE

Ac Anti - Thyroperoxydase

Taux

: 14,10 UI/ml / (Inférieur à 34)

(inférieur à 34)

Laboratoire Dar Bouazza
N° 23 Lot. Sahel Dar Bouazza
CASABLANCA
Tél. : 05 22 29 27 39

Nous vous remercions de votre confiance

Dr. BAHRI Leyla

Dr DEMBRI KHALED

Spécialiste en endocrinologie

Diabétologie et nutrition

9. rue kadi iass maarif. Casa

Tél: 0522233791 / Fax: 0522234215

GSM : 0661633250

Casablanca, le 19.06.2019

Nom : Azmy

Prénom : Amal

Indication : Goitre

Echographie Thyroïdienne

L'exploration échographique de la thyroïde est réalisée avec une sonde de 18 mhz : Echo Doppler Hitachi Aloka F37 Mise en service : Janvier 2019

Les 2 lobes thyroïdiens sont légèrement augmentés de taille de contours réguliers d'écho structure hétérogène micro nodulaire mesurant :

Lobe droit : 38.9X13.2X12.3 mm siège d'1 nodule régulier arrondi discrètement hypo échogène basi lobaire mesurant : 4.5 mm de grand axe tirads 2

Lobe gauche : 42.9X11.5X15.1 mm siège d'1 nodule médio lobaire à polaire inférieur d hypo échogène de 3.6 mm de grand axe tirads 3

L'isthme : 4.5 mm

Absence d'adénopathie latéro-cervicales

Les glandes sous-claviculaires et parotidiennes sont de taille et d'écho-structure normales

Adresse : 9. Rue Kadi Iass 2^{ème} étage à côté de Mac Donald's Casablanca.

Email : kdembri@hotmail.com

Signé :
Dr. DEMBRI Khaled
Endocrinologie Diabétologie
et Nutrition
9, Rue Kadi Iass - Casablanca
Tél: 05 22 23 37 91 - 05 22 23 42 15

Facture

N° facture : 2019-1799

Edité le : 20/06/2019 11:34:01

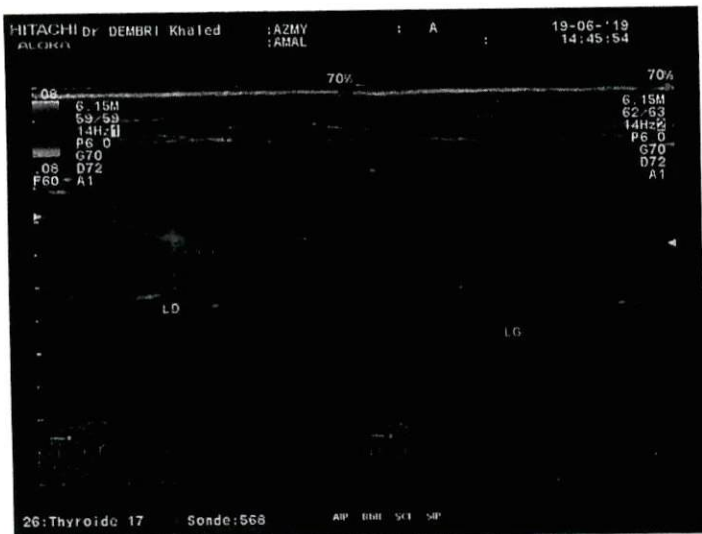
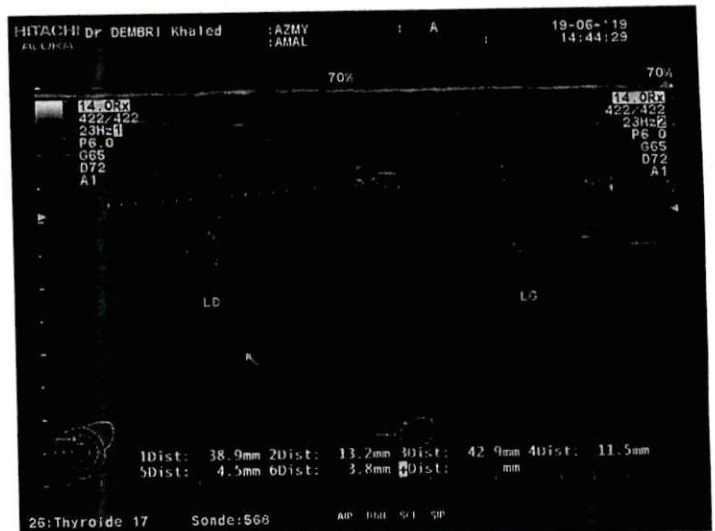
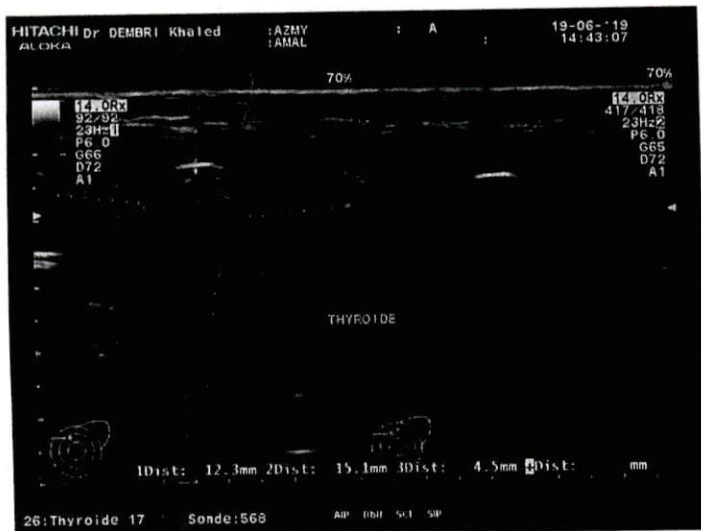
Patient : Mme AZMY Amal

Date prélèvement : 20/06/2019

Analyses	Valeur en B	Montant
Acide Urique l	30	40,20
TSH us	250	335,00
Ac Anti - Thyroperoxydase	200	268,00
Total B	480	643,20
APB	1,0	25,00
Déplacement		0,00
Remise		118,20
Total		550,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cinq Cent Cinquante dirhams ***

Laboratoire Dar Bouazza
N° 23 Lot Sahel Dar Bouazza
CASABLANCA
Tél. ☎05 22 29 27 39





Handwritten

6 118001 320103



Handwritten

6 118001 320103



Handwritten

6 118001 320103

Handwritten notes:
1/24/14
08:14
1/24/14