

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **09101**

Société : **Casa Aero S.A**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**Z AMRANE 9 bdel - Idrak**

Date de naissance :

**17-02-1965**

Adresse :

**Habituelle**

Tél. : **0661318825**

Total des frais engagés : **5401,8** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

**14/02/2024**

Nom et prénom du malade :

**KHALIL IMANE**

Age : **54**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**Decompte**

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 : **CASA**

Signature : **Amane**

**26 AVR. 2024**

**Le**

**26/04/2024**



## **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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

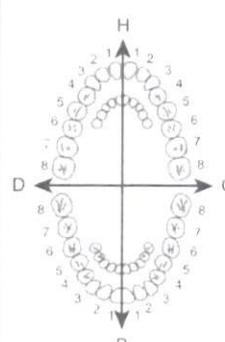
**Important :**

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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        | C        |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
|          | B        |



#### **[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX



## MONTANTS DES SOINS



DATE DU  
DEVIS



DATE DE  
L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**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  
مراجع رقم : 610-2-06

Emis à : CASABLANCA  
Le : 03/04/2024

أصدر ب :  
 بتاريخ :

Page 1 / 1

صفحة

المرسل إليه

N° d'immatriculation 171338935 رقم التسجيل  
Règlements de la période  
du : 03/04/2024 أداءات الفترة  
au : 03/04/2024 من : إلى

**Destinataire**

KHALIL IMANE

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 استفدت منها 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 |
| <b>KHALIL IMANE</b>            |               |          |                        |                       |                    |                       |          |                       |                         |                          |                   |
| 140233928                      | 14/02/2024    | H500     | Clinique Privée        | 100,00                | 100,00             | 1,00                  | 1,00     | 100,00                | 70,00                   | 03/04/2024               | 70,00             |
| 140233928                      | 14/02/2024    | CS       | Clinique Privée        | 600,00                | 150,00             | 1,00                  | 2,00     | 300,00                | 70,00                   | 03/04/2024               | 210,00            |
| 140233928                      | 14/02/2024    | PH       | PHARMACIES D OFFICINES | 364,60                | 0,00               | 1,00                  | 5,00     | 0,00                  | 0,00                    | 03/04/2024               | 255,22            |
| 140233928                      | 14/02/2024    | B        | Clinique Privée        | 132,20                | 88,00              | 80,00                 | 1,00     | 88,00                 | 70,00                   | 03/04/2024               | 61,60             |
| 140233928                      | 14/02/2024    | C610     | Clinique Privée        | 4000,00               | 4000,00            | 1,00                  | 1,00     | 4000,00               | 70,00                   | 03/04/2024               | 2800,00           |
| <b>Total remboursé</b>         |               |          |                        |                       |                    | مجموع مبلغ التعويض    |          |                       |                         |                          |                   |
| <b>Total général remboursé</b> |               |          |                        |                       |                    | مبلغ التعويض الاجمالي |          |                       |                         |                          |                   |
| <b>3396,82</b>                 |               |          |                        |                       |                    |                       |          |                       |                         |                          |                   |

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Pour plus d'informations :

merci de visiter notre site Web  
ou le portail des assurés  
ou l'application mobile  
ou appeler notre serveur vocal au numéro  
ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

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

للمزيد من المعلومات:

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني  
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم  
أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم  
أو الاتصال بمركز الاتصال أو المنسان على الأرقام



CASABLANCA : Le ,  
26/02/2024

Devis

VD24-00005772

DEPOT CASA PV

Agent commercial : OUJAIOU Soad

ICE Client 3

## INP Client:

N° Client : C24-0010031

MME KHALIL IMANE

CASA  
0000000000

Annexe la présente Devis à la somme de TTC :  
CENT DIX CENT QUINZE dirhams

Call Center 05 37 63 27 28 / 05 22 86 22 22 - info@locamed.ma - www.locamed.ma

LOCAMED SERVICE S.A.R.L AU CAPITAL 17.800.000 DHS - C.N.S.S : 2445642 - R.C. : 30269 - Patente : 25103476 - I.F. : 3315150  
Siège Social : 11, rue Mamounia (ex CTM) - Rabat Siège Administratif : Angle Av. Med VI et Av. El Haouz - Rabat - Maroc  
Tél. : 05 37 63 08 07 / 05 37 63 26 00 - Fax : 05 37 63 00 86 - ICE : 00152668600016 - [info@locamed.ma](mailto:info@locamed.ma) - [www.locamed.ma](http://www.locamed.ma)

CASABLANCA

**Arjoun:** 7, rue Lahcen Arjoun | face hôpital 20 Août, quartier des Hôpitaux  
Té : 05 22 86 39 89 / 05 22 86 16 83 / 05 22 86 37 17

Ghandi: 60, Boulevard Ghandi quartier Essalam Tél. 05 22 94 20 43 / 05 22 85 22 22

Goulmima: 627, rue Goulmima Casa-Anfa | à proximité hôpital My Youcef | Tel : 05 22 20 20 98 / 05 22 20 21 04  
Hôpital : 11, rue de la Kasbah | Tel : 05 22 20 20 98

Hôpitaux: 46, rue des hôpitaux Tel : 05 22 47 63 70 / 05 22 47 48 30  
Sidi Maârouf Rd. Alou P. le FLW, 1000 Casablanca

**Sidi Maarouf:** Bd. Abou Bakr El Kadir, Quartier Sidi Maarouf, à côté de la Préfecture Al Mostakbal | Tel : 05 22 33 57 89

**MUHAMMEDIA** Magasin N°4 immeuble E, place Mohammed V, résidence du Centre- Mohammedia Tél : 05 23 31 71 84  
**TANGER** 6, résiden. Le Septembre Z. Av. Sidi Mohamed Ben Abdellah Quartier Iberia Tel : 05 29 39 55 55 et 05 49 37 22 67

Docteur MERINI Abderrazak

Chirurgien Orthopédiste & Traumatologue

Ancien Chef de Clinique des hôpitaux de LYON

Chirurgie arthroscopique du genou

Chirurgie prothétique de la hanche et du genou

PPV: 20 DH 80  
PER: 11/25  
LOT: M4045

الدكتور عبد الرزاق المريني

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

متدرب سابق ورئيس عيادة مستشفى ليون

جراحة الركبة بالمنظار

الجراحة التعويضية من الورك والركبة

KHALIL  
IMANE  
26/09/2024.

## ORDONNANCE

20. 80 - CO-DOLIPRANE : 1 cp par 6 heures sinon 1 cp 3 fois par jour si douleur modérée

PPV: 42DH60  
PER: 06/26  
LOT: M2021

U26 - MOBIC 7,5 mg : 1 cp matin et soir pendant 1 semaine

13160x2 - SPECTRUM 500 : 1 cp matin et soir pendant 21 jours

28.00 - OEDES 20 mg : 1 fois par jour pendant 1 semaine

- Attelle du genou classic

COOPER PHARMA  
PPV: 28,00 DH

354,60

INPE 20220229  
INSTITUT PASTEUR  
Casablanca  
Bd. Abdelmoumen - Casablanca  
Place Charles Nicolle - Bd. Abdellatif  
75105 Casablanca  
Tél: 0522.29.69.35 - Fax: 0522.29.69.36

215,00  
ff

# Docteur MERINI Abderrazak

Chirurgien Orthopédiste & Traumatologue

Ancien Chef de Clinique des hôpitaux de LYON

Chirurgie arthroscopique du genou

Chirurgie prothétique de la hanche et du genou

الدكتور عبد الرزاق المريني

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

متدرب سابق ورئيس عيادة مستشفى ليون

جراحة الركبة بالمنظار

الجراحة التوسيعية من الورك والركبة

KHALIL  
IMANE  
26/09/2024

## CANAL CARPIEN

### Recommandations après la chirurgie :

Des le lendemain de l'opération, il est recommandé de plier et de tendre suffisamment les doigts, afin d'éviter les raideurs. Après l'ablation du pansement, vous pouvez utiliser la main et le poignet pour effectuer des activités quotidiennes (prendre un verre, effectuer de petits travaux). Vous devez tenir compte du fait qu'au cours des premières semaines suivant l'opération, vous aurez moins de forces dans les doigts, par exemple pour ouvrir une bouteille ou pour essorer une serpillière. Vous retrouverez vos forces au fil du temps ; le temps nécessaire varie d'une personne à l'autre, et cela peut prendre jusqu'à trois mois.

Les premières semaines après l'opération, vous pouvez présenter une gêne ou une douleur de part et d'autre de la cicatrice. Il s'agit d'une conséquence directe de l'opération, qui disparaît le plus souvent rapidement. Si vous présentez une forte gêne, on pourra vous prescrire des séances de kinésithérapie, mais vous ne pourrez les commencer au plus tôt que deux à trois semaines après l'opération.





## Reçu de caisse

- Nom et prénom du patient: **KHALIL IMANE**
- N° d'admission: **002-0720/24**
- Motif d'hospitalisation: **CANAL CARPIEN**
- Modalité de paiement: **Payant**
  
- Type d'opération: **Encaissement**
- Date d'encaissement: **26/02/2024**
- N° de l'ordre d'encaissement: **14891**
- Mode de paiement: **Chèque de paiement**
- Nature de paiement: **Paiement**
- Référence: **8299268**

**Montant : 4 000,00 MAD**

\*Reçu établi par : **fatima Derouich**



# المصحة الأوروبية للدار البيضاء CLINIQUE EUROPEENNE DE CASABLANCA

Chirurgie cardio-vasculaire / Cardiologie - Neuro-chirurgie - Chirurgie thoracique - Chirurgie orthopédique - ORL  
Chirurgie esthétique - Urologie / Gynécologie - Chirurgie digestive et de l'obésité - Endoscopie digestive - Réanimation  
24h/24 Urgences - Radiologie : - IRM 1,5T - Scanner 64B/128 - Echographie & doppler

## Billet de Sortie

- Nom et prénom du patient: **KHALIL IMANE**
- CIN du patient: **BE467285**
- Téléphone du patient: **+212661789676**
- N° d'admission: **002-0720/24**
- Motif d'hospitalisation: **CANAL CARPIEN**
- Médecin traitant: **DR MERINI Abderrazak**
  
- Service: **Hospitalisation 4ème**
- Chambre : **Chambre double 403**
- Date d'entrée: **26/02/2024**
- Date de sortie: **26/02/2024**



Khalil Imane

# Docteur MERINI Abderrazak

Chirurgien Orthopédiste & Traumatologue

Ancien Chef de Clinique des hôpitaux de LYON

Chirurgie arthroscopique du genou

Chirurgie prothétique de la hanche et du genou



# الدكتور عبد الرزاق المريني

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

متدرب سابق ورئيس عيادة مستشفى ليون

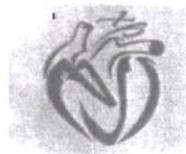
جراحة الركبة بالمنظار

الجراحة الترمومضية من الورك والركبة

KHALIL  
IMANE  
26/02/2024.

## COMPTE RENDU OPERATOIRE

- Indication : SYNDROME DU CANAL CARPIEN droit
- Sous Sédation
- Abord palmaire mini-invasif
- Dissection prudente
- Hémostase
- Neurolyse de nerf médian
- Lavage
- Fermeture par fil résorbable



# المصحة الأوروبية للدار البيضاء CLINIQUE EUROPEENNE DE CASABLANCA

Chirurgie cardio-vasculaire / Cardiologie - Neuro-chirurgie - Chirurgie thoracique - Chirurgie orthopédique - ORL  
Chirurgie esthétique - Urologie / Gynécologie - Chirurgie digestive et de l'obésité - Endoscopie digestive - Réanimation  
24h/24 Urgences - Radiologie : - IRM 1,5T - Scanner 64B/128 - Echographie & doppler

## Facture

Numero de facture: 983/2024 Date de facture: 2024-02-26 Date de paiement: 2024-02-26

Clinique Européenne de Casablanca

Médecin traitant: DR MERINI Abderrazak

CANAL CARPIEN



Patient: KHALIL IMANE

Modalité de Paiment: Dossier remboursement

Organisme: CNSS

ICE Organisme: 000230054000038

Facture N°: 983/2024

Facturée le: 2024-02-26

Entrée le: 2024-02-26

Sortie le: 2024-02-26

| Prestation    | Quantité | Tarif unitaire | Montant total                 |
|---------------|----------|----------------|-------------------------------|
| Canal Carpien | 1        | 4 000.00       | 4 000.00                      |
|               |          | 8299268        | <b>Total<br/>4 000,00 MAD</b> |

Réglée par chèque

Arrête la présente facture à la somme de:  
Quatre Mille Dirhams Et Zéro Centimes

ID : 2402200004

DateTime: 2024-02-20 15:12

PatientID:

Name :

Sex :

Age :

Divisions:

I<sup>er</sup> hôpital NO.:

Hospital:

Height : cm

Weight : kg

BP : mmHg

LIT PAS.:

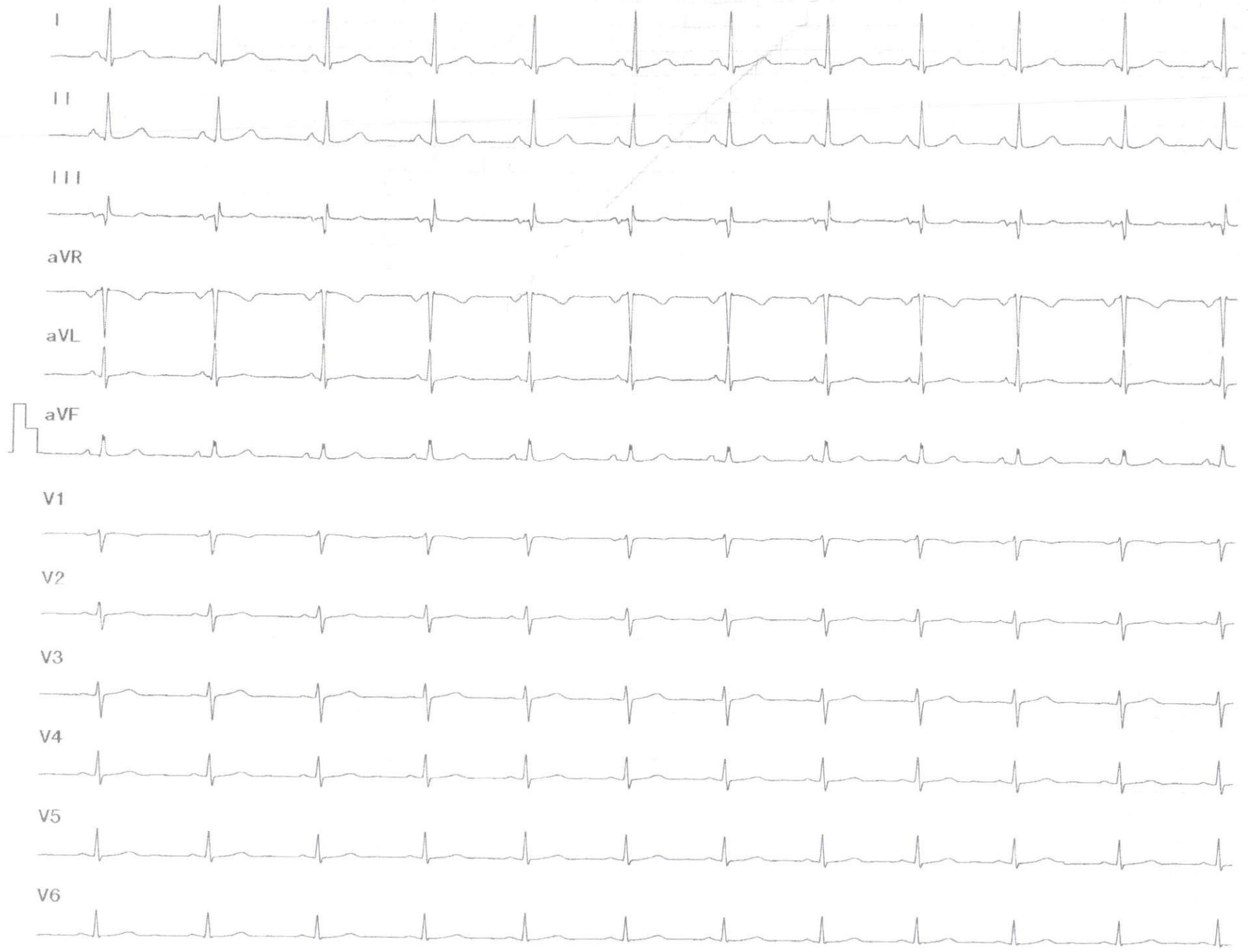
HR 75 bpm  
P Dur/PR int 86 /131ms  
QRS Dur 83 ms  
QT/QTC int 377/416 ms  
P/QRS/T axis 33/31/36 °

RV5/SV1 amp 1. 093/0. 793mV  
RV5+SV1 amp 1. 886mV  
RV6/SV2 amp 1. 031/0. 702mV

Minnesota Code  
4-5-0(11)

Diagnosis Info  
800 rythme sinusale

\*\*\* ECG normal \*\*\*



AUTO PRINT 12X1 75bpm 10/5mm/mV 0.50Hz-75Hz AC 50Hz 25 mm/sec



# المصحة الأوروبية للدار البيضاء CLINIQUE EUROPEENNE DE CASABLANCA

Chirurgie cardio-vasculaire / Cardiologie - Neuro-chirurgie - Chirurgie thoracique - Chirurgie orthopédique - ORL  
Chirurgie esthétique - Urologie / Gynécologie - Chirurgie digestive et de l'obésité - Endoscopie digestive - Réanimation  
24h/24 Urgences - Radiologie : - IRM 1,5T - Scanner 64B/128 - Echographie & doppler

## Facture

Clinique Européenne de Casablanca

Médecin traitant: DR MERINI Abderrazak

Consultation pré-anesthésique

Patient: KHALIL IMANE

Modalité de Paiment: Dossier mutuel

Organisme: MUPRAS

ICE Organisme: 001526005000070

Facture N°: 888/2024

Facturée le: 2024-02-20

Entrée le: 2024-02-20

Sortie le: 2024-02-20

| Prestation                    | Quantité | Tarif unitaire | Montant total     |
|-------------------------------|----------|----------------|-------------------|
| Consultation Pré-Anesthésique | 1        | 300.00         | 300.00            |
| Electrocardiogramme (Ecg)     | 1        | 100.00         | 100.00            |
| Total                         |          |                | <b>400,00 MAD</b> |

Arrête la présente facture à la somme de:  
Quatre Cents Dirhams Et Zéro Centimes

### Encaissements

|                        |            |
|------------------------|------------|
| Encaissement Patient   | 0,00 MAD   |
| Encaissement Organisme | 0,00 MAD   |
| Encaissement Total     | 0,00 MAD   |
| Solde                  | 400,00 MAD |





# مختبر التحاليل الطبية بـ الفلاحي

## L'ABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES FELLAHI

Pr. B. FELLAHI

BIOLOGISTE

ANCIENT PROFESSEUR ET CHEF DE SERVICE  
AU CHU AVICENNE RABAT  
ANCIENT CHEF DU LABORATOIRE DE LA POLYCLINIQUE  
DE LA CNSS DE DERB GHALEF CASA

الأستاذ بـ الفلاحي  
إحصائي

أستاذ جامعي ورئيس مصلحة سابقا  
بالمركز الطبي الجامعي ابن سينا - الرباط  
رئيس سابق لمختبر مصحة الضمان الاجتماعي  
لتدريب غلف الدار البيضاء

Dossier ouvert le 21/02/24

Edité le 21/02/24

Madame KHALIL IMANE EP ZAMRANE

Dossier : 24B103

Page : 1/1

### HEMOSTASE

TAUX DE PROTHROMBINE ----- : 100,0 %  
(Technique ST4-STAGO)

Valeurs usuellesAntériorités  
70 - 100

TEMPS DE CEPHALINE - KAOLIN  
(Technique ST4-STAGO)  
Témoin ----- : 30 sec  
Sujet ----- : 30 sec

26 - 38

L'ABORATOIRE FELLAHI  
23-25 rue Abdesslam khattabi (ex Lisbonne) Résidence du palais - Av. 2 Mars - Casablanca  
Tél. : 0522 852 919 - 0522 852 676 - Fax : 0522 852 806 - Patente : 34458230 - CNSS : 6932778 - I.F : 44413822 - ICE : 001657904000055



# مختبر التحاليل الطبية بـ الفلاحي

## L'LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES FELLAHI

Pr. B. FELLAHI

BIOLOGISTE

ANCIENT PROFESSEUR ET CHEF DE SERVICE  
AU CHU AVICENNE RABAT  
ANCIENT CHEF DU LABORATOIRE DE LA POLYCLINIQUE  
DE LA CNSS DE DERB GHALEF CASA

INPE :



الأستاذ بـ الفلاحي  
إحصائي

أستاذ جامعي ورئيس مصلحة سابقا  
بالمركز الطبي الجامعي ابن سينا - الرباط  
رئيس سابق لمختبر مصحة الضمان الاجتماعي  
لتدريب غلف الدار البيضاء،

Casablanca le 21 février 2024

Madame KHALIL IMANE EP ZAMRANE

|            |       |
|------------|-------|
| FACTURE N° | 74381 |
|------------|-------|

Analyses :

|                                       |   |    |              |
|---------------------------------------|---|----|--------------|
| Taux de Prothrombine (TP + INR) ----- | B | 40 |              |
| Temps de céphaline kaolin -----       | B | 40 | Total : B 80 |
| Prélèvements :                        |   |    |              |

|               |    |     |           |
|---------------|----|-----|-----------|
| Sang-----     | Pc | 1,5 |           |
| TOTAL DOSSIER |    |     | 132,20 DH |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cent Trente Deux Dirhams et Vingt Centimes

## Docteur MERINI Abderrazak

Chirurgien Orthopédiste & Traumatologue

Ancien Chef de Clinique des hôpitaux de LYON

Chirurgie arthroscopique du genou

Chirurgie prothétique de la hanche et du genou



## الدكتور عبد الرزاق المريني

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

متدرب سابق ورئيس عيادة مستشفيات ليون

جراحة الركبة بالمنظار

الجراحة التعويضية من الورك والركبة

KHALIL  
I MAINE  
16/02/2024

## PLI CONFIDENTIEL

**CURE DE LIBERATION CHIRURGICAL DU NERF  
MEDIAN droit . SYNDROME DU CANAL CARPIEN  
droit .**

**K50 (C610)**

Dr. Merini Abderrazak  
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue  
21 Résidence Pasteur (Face Institut Pasteur)  
Bd. Abdelmoumen - Casablanca  
Tél : 0522.29.69.16 - Fax : 0522.29.69.35 - Gsm : 0668.62.18.13  
العنوان : 21 Résidence Pasteur (Face Institut Pasteur)  
Bd. Abdelmoumen - Casablanca  
النقال : 0522.29.69.16 - Fax : 0522.29.69.35 - Gsm : 0668.62.18.13

**Docteur MERINI Abderrazak**

Chirurgien Orthopédiste & Traumatologue

Ancien Chef de Clinique des hôpitaux de LYON

Chirurgie arthroscopique du genou

Chirurgie prothétique de la hanche et du genou



**الدكتور عبد الرزاق المريني**

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

متدرّب سابق ورئيس عيادة مستشفيات ليون

جراحة الركبة بالمنظار

الجراحة التعويضية من الورك والركبة

KHALIL  
IMANI  
16/08/2024

## BILAN PRE-OPERATOIRE

ECRATOIRE TELLAHI  
Tél : 0522.29.69.16 - Fax : 0522.35.20.10  
0522.35.20.10

## BILAN HEMOSTASE : TP/TCK/HCR



Dr. Abderrazak Merini  
Spécialiste en Chirurgie Orthopédique et Traumatologique  
Ancien chef de clinique des hôpitaux de Lyon  
Chirurgie arthroscopique du genou  
Chirurgie prothétique de la hanche et du genou  
Centre Pasteur Casablanca  
Place Charles Nicolle - Bd. Abdelmoumen - Casablanca  
Tél : 0522.29.69.16 - Fax : 0522.35.20.10  
Gsm : 0668.62.18.13

إقامة باستور (مقابل معهد باستور) - ساحة شارل نيكول - شارع عبد المؤمن - الدار البيضاء 21

21, Rés. Pasteur (Face Institut Pasteur) - Place Charles Nicolle - Bd. Abdelmoumen - Casablanca

Téléphone : 0522.29.69.16 - Fax : 0522.35.20.10 - Gsm : 0668.62.18.13

ICE : 002007134000021 - IF : 24925140 - INPE : 091188094

|  |
|--|
| <b>وصف العمليات المجرأة</b>  |
| توقيع وطابع الطبيب المجرأ<br>Signature et cachet du Médecin traitant   |
| <i>Rami Abderrazak<br/>Chirurgien et Radiologue<br/>Institut Pasteur<br/>Casablanca<br/>INPE : 091188094</i> |
| <i>[Signature]</i>   |

|   |
|---|
| <b>عمليات المساعدين الطبيين</b>                 |
| توقيع وطابع المساعد<br>et Cachet du Paramédical |
| <i>[Signature]</i>                              |

| <b> العمليات اللاحية، الأشعة والصور</b>      |                                |   |                                     |  |
|--|--------------------------------|---|-------------------------------------|--|
| تاريخ العمليات<br>Date des actes             | رمز العمليات<br>Code des actes | معامل العمليات<br>Lettre clé +<br>cotation<br>NGAP/NABM | المبلغ المفوت<br>Montant<br>facturé | توقيع وطابع طبي، الأشعة أو الإيجياني<br>Signature et Cachet du Radiologue ou<br>Biologiste |
| 28/02/24                                     | B 80<br>+PV                    |   | 132,2 DH                            | <i>[Signature]</i>   |
| INPE et code à Barres<br>1091210101301716    |                                |   |                                     |  |
|  |                                |   |                                     |  |
| INPE et code à Barres<br>1_1_1_1_1_1_1_1_1_1 |                                |   |                                     |  |

| <b>جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة</b>               |                              |  |
|--|------------------------------|--|
| <b>Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis</b> |                              |  |
| تاريخ التنفيذ<br>Date d'exécution  | الثمن المفوت<br>Prix facturé | توقيع وطابع الصيدلي أو مسون التجهيزات الطبية<br>Signature et Cachet du Pharmacien et/ou<br>Fournisseurs des dispositifs médicaux |
| 26/02/2024   | 364,60                       | <i>[Signature]</i>   |
| INPE et code<br>1111111111111111<br>09 2000 298                              |                              |  |
|  |                              |  |
| INPE et code à Barres<br>1_1_1_1_1_1_1_1_1_1                                 |                              |  |

| <b>Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire</b> |               |          |            |
|--|---------------|----------|------------|
| Nature de la prestation  | Prix Unitaire | Quantité | Prix Total |
|  |               |          |            |

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لـ

يجب إرفاق ورقة العلاجات به  
(وصفات طيبة، فواتير، ...)

يجب كتابة الاسم الكامل للدكتور الممارسين على كل ورقة علاج

يجب إرفاق الوصفات المرسلة  
المشتركة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوازع الوطني للضمان الاجتماعي في أول عملية طيبة، ماعدا في حالة الحالات، يجب تقديم الملف في حال انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة  
المرجعية.

تعويض بعض الخدمات بظاهر  
المسبقة.

لائحة هذه الخدمات متوفرة  
الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي

الأخطار الناجمة عن حوادث  
غير قابلة للتعميم.

كل ما يثبت عليه غش أو تنصاص  
خدمات غير مستحقة، سيعاقب

حق التعويض من طرف المدعي الاجتماعي رهين باحترام الشروط  
ذكورة.

خاص بمديرية التأمين  
à La DAMO

نارخ الاستلام : ٢٠١٥/١٢/١٥

|  |   |   |
|--|---|---|
| <br>Le fond de votre protection                                | <b>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</b><br><b>Feuille de Soins Maladie</b> | مديرية التأمين الصحي الإجباري<br>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire |
| <input type="checkbox"/> موافقة مسبقة *<br>Entente préalable * | <input checked="" type="checkbox"/> تنفيذ *<br>Exécution *              | مرجع رقم : Réf. 610-1-02<br>Réf. ANAM 1.2.01.01                               |

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **KHALIL IMANE** الإسم العائلي والشخصي :

N° Immatriculation : **17131318191351** رقم التسجيل :

N° CIN : **BIE141617121851** رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\* علاقه القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)

Conjoint

زوج

Enfant

ابن

Adresse : **18 Rue Amsterdam Res SARAB 3<sup>e</sup> étage Appart 7 Casablanca** العنوان :

Montant des frais : **5401,80 Dhs** مبلغ المصروف :

Nombre de pièces jointes : **18** عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : **khalil Imane** الإسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : **17/12/1951** تاريخ الإرداد :

N° CIN : **181E141617121851** رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe : **M  ذكر** F  أنثى الجنس :

INPE et code à barres \*\* الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر

|  |  |
|--|--|
| Dr. Khalil Abderrazak<br>Médecin traitant / Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue<br>21, Res. Pasteur (Face Institut Pasteur)<br>1339 Charles Nicolle Bd. Abdellah Benkouach<br>0522 796516 - INPE: 091188691 | Etablissement de soins<br>المؤسسة العلاجية |
|--|--|

Type de Soins\* نوع العلاجات \*

|  |                                  |                                    |                                |                                   |                                |                                  |                              |
|--|----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| Hospitalisation <input type="checkbox"/> | استشفاء <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-dessus.<br>Fait à : <b>Casablanca</b><br>Le : <b>10/12/2015</b> | أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه<br>في<br>Signature de l'assuré(e) | Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.<br>Fait à : <b>Casablanca</b><br>Le : <b>10/12/2015</b> | أصرح بمصداقية وصحة<br>المعلومات المذكورة<br>في<br>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins |
|---|---|---|--|

\* Cacher 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 للضمان الاجتماعي - ساحة داكار، الدار البيضاء، ص.ب 2186 - CNSS-Place de DAKAR-Casablanca BP. 2186 Casa Gare Telephone : 380 203 3333