

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 da l'Hort
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

Déclaration de Maladie

W21-848185

☒ 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 Abdel-Ilah

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 : De compte

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 Le 26/04/2024

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

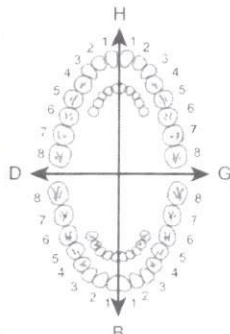
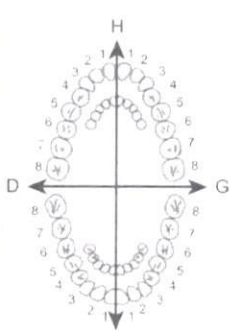
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX
					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montant des Honoraires

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

Emis à : CASABLANCA
Le : 03/04/2024

أصدر ب :
بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

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

رقم التسجيل
أداءات الفترة

Destinataire

المرسل إليه

KHALIL IMANE

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des
prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la
période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي
استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف 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 rembour- sement	Taux de rembour- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
KHALIL IMANE											
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	364,60	0,00	1,00	5,00	0,00	0,00	03/04/2024	255,22
140233928	14/02/2024	B	OFFICINES 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
Total remboursé											3396,82
Total général remboursé											3396,82

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Pour plus d'informations :

merci de visiter notre site Web

ou le portail des assurés

ou l'application mobile

ou appeler notre serveur vocal au numéro

ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

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

للمزيد من المعلومات:

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني

أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم

أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم

أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام



Locamed

Santé & Confort

MATÉRIEL MÉDICAL

CASABLANCA : Le ,
26/02/2024

Devis VD24-00005772

DEPOT CASA PV

Agent commercial : OUJAIU Soad

ICE Client :

INP Client :

N° Client : C24-0010031

MME KHALIL IMANE

CASA

0000000000

Code TVA	Description	Quantité	P.U.TTC	Remise	P.U. Net TTC	Montant TTC
	LOTIEUR SE RH/IMMO DE POUCE	1.00	215.00		215	215,00

Code	Base	Taux	VAT Amount
TVA20	179.17	20 %	35,83
Total	179.17		35,83

Total HT 179,17
Total TVA 35,83
Total TTC 215,00

Arrivée et présente Devis à la somme de TTC :
DEUX 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 : 001526686000016 - info@locamed.ma - www.locamed.ma

CASABLANCA

Arjoun : 7, rue Lahcen Arjoun (face hôpital 20 Août, quartier des Hôpitaux)

Tél : 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 86 22 22

Goulmima : 627, rue Goulmima Casa-Anla (à proximité hôpital My Youssef) Tél : 05 22 20 20 98 / 05 22 20 21 04

Hôpitaux : 46, rue des hôpitaux Tél : 05 22 47 43 70 / 05 22 47 48 30

Sidi Maârouf : Bd. Abou Bakr El Kadiri, Quartier Sidi Maarouf, (à côté de la Préfecture Al Mostakbal I) / Tél : 05 22 33 57 89

MOHAMMEDIA : Magasin N°4 immeuble El, place Mohammed V, résidence du Centre - Mohammedia Tél : 05 23 31 71 84

RABAT

Arribat Center : Av. Nations-Unies, Al Abtaj, Inaouri et Omer Ibn Al Khattab, Agdal. Tél : 05 37 68 14 12

Zaer : Angle Av. Mohamed VI et Av. El Haouz. Tél : 05 37 63 27 28 / 05 37 63 26 05

Mamounia : 11, rue Mamounia (ex CTM) centre ville Tél : 05 37 70 40 40 / 05 37 70 00 77

MARRAKECH : Av. Yaacoub El Mansour N° 2 Res. Ahlami Guéliz (près de centre Américain) /

Tél : 05 24 43 15 00 / 05 24 43 14 30

AGADIR : Marjane Agadir, Avenue Mohammed V, Founty Agade Tél : 05 29 38 67 49

TANGER : 6, résidence Saghina 2, Av. Sidi Mohamed Ben Abdallah Quartier Iberia Tél : 05 39 33 55 40 / 05 39 37 23 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



الدكتور عبد الرزاق الميريني

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

متدرب سابق و رئيس عيادة مستشفيات ليون
جراحة الركبة بالمنظار
الجراحة التعويضية من الورك و الركبة

KHALIL
IMANE
2610912024

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

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

4260

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

13160x2

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

2800

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

COOPER PHARMA
PPV : 28,00 DH

- *Attelle du poignet classique*

354,60

805 6037 09 INPE
75 / 05 22 28 93 76
TAZI NADIA
m. Khatibi Casablanca

215,00

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 الميريني

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

متدرب سابق و رئيس عيادة مستشفيات ليون

جراحة الركبة بالمنظار

الجراحة التعويضية من الورك و الركبة

KHALIL
IMAME
26/08/2024 :

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.

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

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

Tél : 0522.29.69.16 : الهاتف - Fax : 0522.29.69.35 : الفاكس - Gsm : 0668.62.18.13 : النقال

ICE : 002007134000021 - IF : 24925140 - INPE : 091188094



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

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: **Paieement**
- 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 648/128 - 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**

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 الميريني

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

متدرب سابق و رئيس عيادة مستشفيات ليون

جراحة الركبة بالمنظار

الجراحة التعويضية من الورك و الركبة

RHALIL
IMAME

26/02/2024

COMPTE RENDU OPERATOIRE

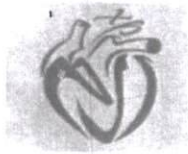
- Indication : SYNDROME DU CANAL CARPIEN droit
- Sous Sédation
- Abord palmaire mini-invasif
- Dissection prudente
- Hémostase
- Neurolyse de nerf médian
- Lavage
- Fermeture par fil résorbable

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

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

النقل : 0668.62.18.13 - Gsm : 0522.29.69.35 - الفاكس : 0522.29.69.16 - الهاتف : 0522.29.69.16

ICE : 002007134000021 - IF : 24925140 - INPE : 091188094



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
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

[Signature]

réglée par chèque
8299268

Total
4 000,00 MAD

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:
L'hôpital NO. :
Hospital:

Height : cm
Weight : kg
BP : mmHg
LIT PAS. :

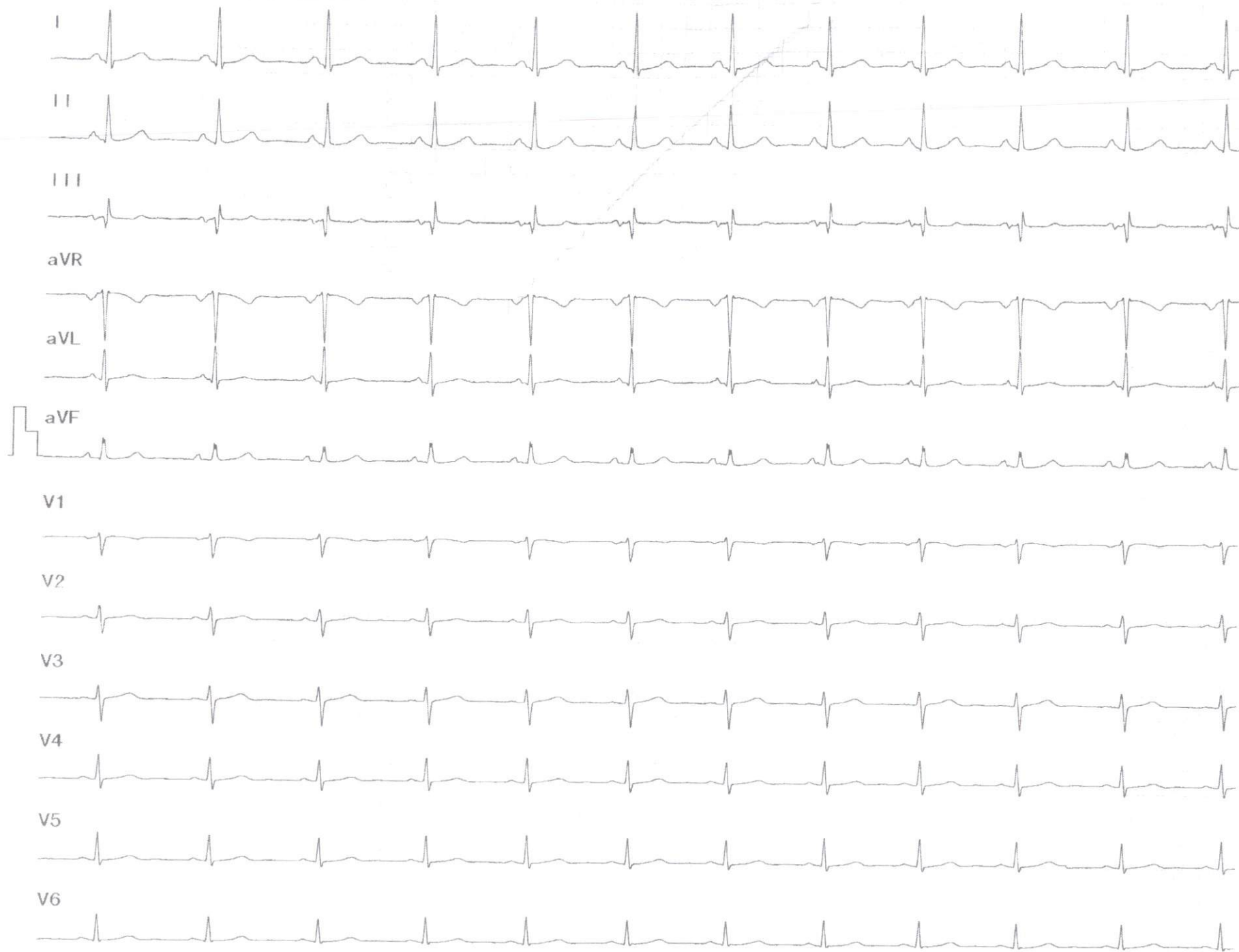
HR 75 bpm
P Dur/PR int 86 /131ms
QRS Dur 83 ms
QT/QTc int 377/416 ms
P/QRS/T axis 33/31/36 °

RV5/SV1 amp 1.093/0.793mV
RV5+SV1 amp 1.886mV
RV6/SV2 amp 1.031/0.702mV

Minnesota Code
4-5-0(II)

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 Paiement: 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
400,00 MAD

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

[Signature]
CLINIQUE EUROPEENNE DE CASABLANCA
Rue Fadlallah - Route d'El Jadida - Casablanca 20000



مختبر التحليلات الطبية ب. الفلاحي

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES FELLAHI

Pr. B. FELLAHI

BIOLOGISTE

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

الأستاذ ب. الفلاحي
إحيائي

أستاذ جامعي ورئيس مصلحة سابقا
بالمركز الطبي الجامعي ابن سينا - الرباط
رئيس سابق لمختبر مصلحة الضمان الاجتماعي
لدرب 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

LABORATOIRE FELLAHI
23-25, rue Abdeslam 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 التحليلات الطبية ب. الفلاحي

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES FELLAHI

Pr. B. FELLAHI

BIOLOGISTE

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

الأستاذ ب. الفلاحي
إحيائي

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

INPE :



093003176

Casablanca le 21 février 2024

Madame KHALIL IMANE EP ZAMRANE

FACTURE N°	74381
------------	-------

Analyses :

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

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 و رئيس عيادة مستشفيات ليون

جراحة الركبة بالمنظار

الجراحة التعويضية من الورك و الركبة

KHALIL
I MAME
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 & Traumatologue
Ancien Chef de Clinique des hôpitaux de LYON
Chirurgie arthroscopique du genou
Chirurgie prothétique de la hanche et du genou

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 الميريني

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

متدرب سابق و رئيس عيادة مستشفيات ليون

جراحة الركبة بالمنظار

الجراحة التعويضية من الورك و الركبة

KHALIL
IMANE.
14/08/2024.

BILAN PRE-OPERATOIRE

LABORATOIRE TELLABI
21, Rés. Pasteur (Face Institut Pasteur) - Place Charles Nicolle - Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél : 0522.29.69.16 - الهاتف : 0522.29.69.35 - الفاكس : 0668.62.18.13 - النقال :
Fax : 0522.29.69.35

BILAN HEMOSTASE : TP/TCK/~~INR~~



[Handwritten signature]

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

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

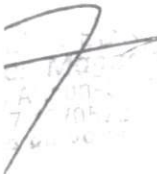
Tél : 0522.29.69.16 - الهاتف : 0522.29.69.35 - الفاكس : 0668.62.18.13 - النقال :

ICE : 002007134000021 - IF : 24925140 - INPE : 091188094

عمليات المساعدين الطبيين

توقيع وطابع المساعد

et Cachet du Paramédical



Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					عمليات الإحياء، الأشعة والصور	
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
21/02/24			B 80 +PV		132,2 DH	
INPE et code à Barres 1029300210176						
INPE et code à Barres 1111111111111						

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة					
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis					
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الشن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux			
26 /02/2024	36,4,60				
INPE et code à Barres 09 2000 298					
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

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لـ

يجب إرفاق ورقة العلاجات بـ
(وصفات طبية، فواتير، ...)

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص
الممارسين على كل ورقة علاج

يجب إرفاق الوصفات المرسله
المشترقة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق
الوطنية للضمان الإجتماعي في
أول عملية طبية، ماعدا في حالة
الحالة، يجب تقديم الملف في حا
انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة :
المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل
المسبقة.

لأنه هذه الخدمات متوفرة
الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي

الأخطار الناجمة عن حوادث
غير قابلة للتعويض.

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

حق التعويض من طرف الم
الإجتماعي رهين باحترام الشر
ذكره.

خاص بمديرية التأمين
à La DAMO

تاريخ الاستلام : 11/11/11

<p>الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي CNS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie</p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p>	<p>Ref : ANAM 1.2.01.01</p>
	<p>موافقة مسبقة * Entente préalable *</p>	<p>تنفيذ * Exécution *</p>	<p>مرجع رقم : 610-1-02</p>	<p>X</p>

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : KHALIL IMANE : الاسم العائلي والشخصي

N° Immatriculation : 1471131318191351 : رقم التسجيل

N° CIN : B1E1416171218151 : رقم بطاقة التعريف الوطنية

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

Conjoint ☐ زوج

Enfant ☐ ابن

Adresse : 18 Rue Amsterdam Res SARAB 3^e étage Apprt 7 Casa : العنوان

Montant des frais : 5401,80 Dhs : مبلغ المصاريف

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 : الاسم العائلي والشخصي

Date de naissance : 11/11/1911 : تاريخ الإيداع

N° CIN : B1E1416171218151 : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe* : ☐ M ذكر ☒ F أنثى : الجنس

INPE et code à barres**

الرقم الوطني الاستدلاكي والرقم المشفر**

Dr. Abderrazak
Médecin traitant
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
21, Res. Pasteur (Face Institut Pasteur)
1930 Charles Nicolle Rd. Abdoumoumen - Casablanca
Tél : 0522 79 60 10 - INPE : 091188694

Etablissement de soins
المؤسسة العلاجية
1061919611618101

Type de Soins*

نوع العلاجات*

Hospitalisation ☐ استشفاء Maternité ☐ أمومة Accident ☐ حادثة Maladie ☐ مرض

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

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Fait à : Casablanca

Fait à :

Le : 10/11/11

Le : 11/11/11

توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré(e)

توقيع طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

* Cocher la mention utile pour chaque case

** Accrocher 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 د.أ.ك. - الدار البيضاء، ص. ب. 2186 - الدار البيضاء المحطة - الهاتف : 060 205 3333
CNSS-Place de DAKAKI-Casablanca BP: 2186 Casa Gare Téléphone : 380 203 3333