

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

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	

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.

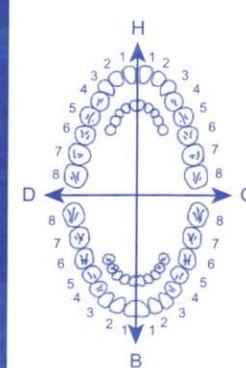
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les participants eux-mêmes sur chaque feuille de soins.

Les PPV et les codes à barres concernant les médicaments achetés doivent être joints aux dossiers de remboursement.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

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 CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

Cachet et signature de la mutuelle

MGEN

25 OCT. 2022

CASABLANCA

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : ٢٠٢٢٠١٠٢٥

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مستفيد وكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الثمن العمومي للبيع والرمز الاستدلالي للأدوية المشترابة بملف التعويض.

يجب تقديم العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تنتهي إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عمل طبي، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم العلاج في حدود شهرين (60 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصرفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطر الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه الغش أو تصریح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

توقيع وطابع التعاقدية	
MGEN	
25 OCT. 2022	
CASABLANCA	
Identification de l'agent :	
Date de dépôt du dossier :	
Tariх اليداع :	



ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.02.01
مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (ها)

الاسم العائلي والشخصي :

رقم التأمين :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Nom et prénom :

N° Affiliation :

N° Immatriculation :

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire
avec l'assuré(e)*Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse :

Rue Al Moudawine 1000
Bab Soukate
TBM Kati

Montant des frais (Dhs) :

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاج

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe* :

الاسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإيداع :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس* :

Masculin ذكر Virane Feminin أنثى

Identification du médecin traitant

N° INP

Type de soins

Admissio ALD* :

N° dossier ALD* :

Code ALD :

Soin ambulatoires* علاجات خارجية * Hospitalisation* استشفاء *oui non oui non oui non oui non

Date d'hospitalisation :

* الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

نوع العلاجات

قبول المرض المزمن :

رقم ملف المرض المزمن :

رقم المرض المزمن :

تم تقديم الظرف المغلق :

تاريخ الاستشفاء :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

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

Fait à : ٢٠٢٢٠١٠٢٥

Le : ٢٠٢٢٠١٠٢٥

Toujours le même (ها)

Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : ٢٠٢٢٠١٠٢٥

Le : ٢٠٢٢٠١٠٢٥

Toujours le même (ها)

Signature de l'assuré (e)

- INP : Identification Nationale du Praticien

- * Cocher la mention titré pour chaque casé

La vente de cet imprimé est formellement interdite

Signature de l'assuré (e)

Signature de l'assuré (e)

Signature de l'assuré (e)

Signature de l'assuré (e)

* أشطب الخانة

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

Description des actes effectués

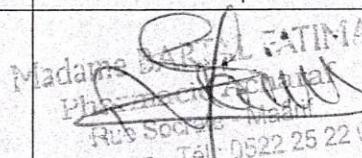
وصف العمليات المجرأة

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات * Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المقوّى Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du médecin traitant
19.10.24	CS			1000	DR. BENKIRANE MED JALI 13, BD. ANTIAQUITATE CASA HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE
19.10.24	CEP			500	DR. BENKIRANE MED JALI 13, BD. ANTIAQUITATE CASA HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE

CIM - 10

مجرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطيبة المعمونة

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

التاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
19/10/22	327,50	 Madame B. A. L. FATIMA Pharmacien à Agadir Rue Souissi 10 Agadir Casablanca - Tel: 0522 25 22 09
INP: [REDACTED]	INP: 092001262	
INP: [REDACTED]		
INP: [REDACTED]		

INP: | | | | | | | |

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة والمصور

INP: | | | | | | | | |

Actes Paramédicaux

الطباطبائين المساعدات عمليات

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 : 					

INP: | | | | | | | |

Spécialiste en Hépato Gastro Entérologie

Diplômé de la faculté de médecine de Paris

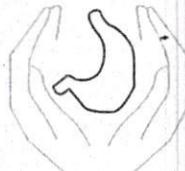
Ancien attaché au CHU Bichat (Paris) et à l'Hôpital de Poissy

Diplômé en endoscopie digestive et interventionnelle

Diplômé en échographie digestive

Diplômé en nutrition

Membre de la Société Française d'Hépato Gastro Entérologie



اختصاصي في أمراض الكبد والجهاز الهضمي والبواسر

مجاز بكلية الطب بباريس

ملحق سابق بمستشفيات باريس

مجاز الكشف بالمنظار

مجاز الكشف بالتلفرزة

مجاز في وقاية وعلاج أمراض التغذية

عضو الجمعية الفرنسية للجهاز الهضمي والتهاب الكبد

Casablanca, le : 19/10/2022

MME ZOHRY BOUCHRA

- NFS Plq
- ALAT ASAT γGT
- TP TCA
- Férritinémie
- Urée Créatinine
- Vit D2/D3 (25 Hydroxo-vit D)

Dr. BENKIRANE MED JALIL
13 Bd. Ain Taoujتate - CASA
Dr. SAYEM FATHI
Tél : 05 22 22 44 52

Dr. BENKIRANE MED JALIL
HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE
13 BD. AIN TAOUJتATE - CASA

13, Bd Ain Taoujتate (en face clinique Badr) Rés Iliass Appt N°3, 2^{ème} Étage - Quartier Bourgogne
Casablanca - Anfa - Tél : 05 22 27 03 53

شارع عين ثوجطاث مقابل مصحة بدر إقامة إلياس، شقة رقم 3 الطابق الثاني - حي بوركون
الدارالبيضاء - أنفا - الهاتف 05 22 27 03 53
E-mail: faxcabinetbenkirane@gmail.com

Spécialiste en Hépato Gastro Entérologie

Diplômé de la faculté de médecine de Paris

Ancien attaché au CHU Bichat (Paris) et à l'Hôpital de Poissy

Diplômé en endoscopie digestive et interventionnelle

Diplômé en échographie digestive

Diplômé en nutrition

Membre de la Société Française d'Hépato Gastro Entérologie

اختصاصي في أمراض الكبد والجهاز الهضمي والبواسر

مجاز بكلية الطب بباريس

ملحق سابق بمستشفيات باريس

مجاز الكشف بالمنظار

مجاز الكشف بالتلفزة



التهاب الكبد

Casablanca, le : 19/10/2022

MME ZOHRY BOUCHRA

129,50

• CurCol

1 Capsule, matin midi et soir, avant les repas pendant

• Fortrans

1 sachets par litre fois 4 à débuter la veille de la colo

198,00

• Nociceptol

1 application, le soir, pendant 10 jours

327,50

Madame BANCI FATHIMA
Pharmacie Achraf
Boulevard Socrate - Maârif
Casablanca - Tél : 0522 25 22 03

3 401020 354451 >
CNK 3259-850
REV 2024-08
C161 2021/09
PUC: 198,00DH
LOT 101

Dr. BENKIRANE M.
HEPATO GASTRO ENT.
13, BD. AIN TAOUJTE

9 111261 640035

CurCol[®]

13, Bd Ain Taoujte (en face clinique Badr) Rés Iliass Appt N°3, 2^{ème} Étage - Quartier Bourgogne

Casablanca - Anfa - Tél : 05 22 27 03 53

13 شارع عين ثوجطاث مقابل مصحة بدر إقامة إلياس، شقة رقم 3 الطابق الثاني - حي بوركون

الدار البيضاء - أنفا - الهاتف 05 22 27 03 53

E-mail: faxcabinetbenkirane@gmail.com

LABORATOIRE MERS SULTAN D'ANALYSES MEDICALES

Dr. Fahd SAYEH

N° 196; Mers sultan Appt 32 5ème étage Tel :05 22 22 41 52
Mail : labo.merssultan@gmail.com

Facture

N° facture 22-01752

Casablanca , le 24/10/2022

Date de prélèvement 24/10/2022

Mme ZOHRY Bouchra

CNOPS

Code Acte	Designation Acte	Cotation B
NFS	NUMERATION FORMULE SANGUINE AVEC PLAQUETTES	80
TP	Taux de prothrombine (Temp de quick , TP)	40
TCK	Temps de céphaline kaolin	40
UREE	Urée	30
CREA	Créatinine	30
GOT	Transaminase - SGOT	50
GPT	Transaminase - SGPT	50
GGT	GGT	50
VITD	25-OH Vitamine D (D2 + D3)	450
FERRI	Ferritinémie	250

Total B	1070
Total en dirhams	1199

Arrêtée la présente facture à la somme de : Mille cent quatre-vingt-dix-neuf dirhams***

Dr. Fahd SAYEH
Tel : 05 22 22 41 52



MME ZOHRY BOUCHRA
RUE 9 IBNOU KATIR ETG 5 APT
14 MAARIF
CASABLANCA
CASABLANCA CENTRE DE TRI
20000

Accusé de Réception



N° de Dossier : 77000376 Date et heure : 24/10/2022 11:58
Nom et prénom Assuré : ZOHRY BOUCHRA
Immatriculation : 93816585 / 090305604
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: ZOHRY BOUCHRA / 01
Type de dossier : FEUILLE DE SOINS
Lieu de réception : CASA SIEGE 90139
Valeur en Dirhams : 2026,50 Nombre de pièces : 3
Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE160
Nom Etablissement : *Markant*



MME ZOHRY BOUCHRA
RUE 9 IBNOU KATIR ETG 5 APT
14 MAARIF
CASABLANCA
CASABLANCA CENTRE DE TRI
20000

Accusé de Réception



N° de Dossier :

77000376

Date et heure : 24/10/2022 11:58

Nom et prénom Assuré :

ZOHRY BOUCHRA

Immatriculation :

93816585 / 090305604

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

ZOHRY BOUCHRA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 90139

Valeur en Dirhams :

2 026,50

Nombre de pièces : 3

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE160

Nom Etablissement :



MME ZOHRY BOUCHRA
RUE 9 IBNOU KATIR ETG 5 APT
14 MAARIF
CASABLANCA
CASABLANCA CENTRE DE TRI
20000

N° de Dossier : 77000376 Date et heure : 24/10/2022 11:58
Nom et prénom Assuré : ZOHRY BOUCHRA
Immatriculation : 93816585 / 090305604
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: ZOHRY BOUCHRA / 01
Type de dossier : FEUILLE DE SOINS
Lieu de réception : CASA SIEGE 90139
Valeur en Dirhams : 2 026,50
Code Etablissement : Nombre de pièces : 3
Nom Etablissement : Agent de réception : 9MGE160

Accusé de Réception



A
M
I
O

Adhérent : 090305604 Benef : 01 ZOHRY BOUCHRA

Date.Déc.: 25102022 Num décompte : [REDACTED] Décomptes adhérents

09 MUTUELLE GENERALE DE L'EDUCA 602318 MUT GLE EDUCATION NLE SECT M

Nat.s: A Mod.p: V PS Dest.r: 090305604 ZOHRY BOUCHR

Soins.: 19102022 - 19102022 Arrivée: 24102022 Compos.: 77000376 Dss.: 31102022

Orig: SA09 Réf RO: N° 93816585 G.Rég. 02 Caisse 06 Centre 0000

Acte	Dépense	Multi.	Prix	Uni.	Tro	Trc	Remb.	R.O.	Remb.	R.C.	Majo
R409	500,00	1,00	200,00	80	90	160,00			20,00		
PHN	327,50	1,00	327,50								
B	1199,00	1070,00		1,10	80	100	941,60		235,40		

Part complémentaire réglée le : 25.10.22

Fin

..Totaux.. ..Remb.RO.. ..Remb.RC.. ..Net.dest.. ..Tiers...

Nb.l.: 3 1101,60 255,40 1357,00

Paie. et édit. dest. : 31102022 31102022

F10=M/trq F12=Aband.

F17=Paie F24=Autres

Adhérent : 090305604 Benef : 01 ZOHRY BOUCHRA

Date.Déc.: 25102022 Num décompte : [REDACTED] Décomptes adhérents

09 MUTUELLE GENERALE DE L'EDUCA 602318 MUT GLE EDUCATION NLE SECT M

Nat.s: A Mod.p: V PS Dest.r: 090305604 ZOHRY BOUCHR

Soins.: 19102022 - 19102022 Arrivée: 24102022 Compos.: 77000376 Dss.: 31102022

Orig: SA09 Réf RO: N° 93816585 G.Rég. 02 Caisse 06 Centre 0000

 Acte Dépense Multi. Prix Uni. Tro Trc Remb. R.O. Remb. R.C. Majo
 Royaume du Maroc

R409 500,00 1,00 200,00 80 90 9160,00 20,00

PHN 327,50 1,00 327,50 CNOPS

B 1199,00 1070,00 1,10 80 100 941,60 235,40

Part complémentaire réglée le : 25.10.22

Fin

..Totaux.. ..Remb.RO.. ..Remb.RC.. ..Net.dest.. ..Tiers....

Nb.l.: 3 1101,60 255,40 1357,00

Paie. et édit. dest.: 31102022 31102022

F10=M/trq F12=Aband.

F17=Paie F24=Autres

Adhérent : 090305604 Benef : 01 ZOHRY BOUCHRA

Date.Déc.: 25102022 Num décompte : [REDACTED] Décomptes adhérents

09 MUTUELLE GENERALE DE L'EDUCA 602318 MUT GLE EDUCATION NLE SECT M

Nat.s: A Mod.p: V PS Dest.r: 090305604 ZOHRY BOUCHR

Soins.: 19102022 - 19102022 Arrivée: 24102022 Compos.: 77000376 Dss.: 31102022

Orig: SA09 Réf RO: N° 93816585 G.Rég. 02 Caisse 06 Centre 0000

Acte	Dépense	Multi. Prix Uni.	Tarif	Remb. R.O.	Royaume du Maroc	Remb. R.C. Majo	
R409	500,00	1,00	200,00	80	90	160,00	20,00
PHN	327,50	1,00	327,50				
B	1199,00	1070,00	1,10	80	100	941,60	235,40

Part complémentaire réglée le : 25.10.22

Fin

..Totaux.. ..Remb.R.O.. ..Remb.R.C.. .Net.dest. ...Tiers...

Nb.l.: 3 1101,60 255,40 1357,00

Paie. et édit. dest. : 31102022 31102022

remboursement

F10=M/trq F12=Aband.

F17=Paie F24=Autres