

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 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 tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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



Pour Complément
Déclaration de Maladie

M22- 0026657

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1630 Société : Mupras
 Actif Pensionné(e) Autre : Retraite
 Nom & Prénom : EL Hamzaoui Zabira
 Date de naissance : 6-11-1980
 Adresse : 21, Rue Najib Mahfoud - Goutier - Casa
 Tél. : 06.10813848 Total des frais engagés : 2863,00 Dhs
0522 27 0689

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....
 Nom et prénom du malade : Alti Said - Mjidouy Age : 46ans
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : 21/02/2024
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

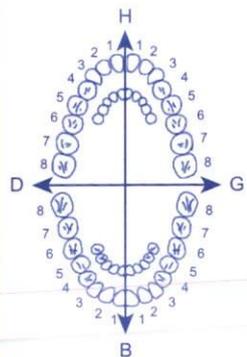
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

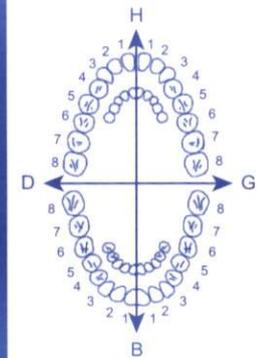
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
DATE DU DEVIS <input type="text"/>
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

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 : 15/01/2024

أصدر ب :
بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 192165622 رقم التسجيل
Règlements de la période : من
du : 15/01/2024 : إلى
au : 15/01/2024 : آداءات الفترة

المرسى إليه
Destinataire
MTIRI SAID MJIDOU

Veillez 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	العصبات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريفية المرجعية	المعامل	الكمية	اساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ ارسال الاداء	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
MTIRI SAID MJIDOU											
91089315	26/12/2023	TDM	RADIOLOGIE	1500,00	1000,00	1,00	1,00	1000,00	95,00	13/01/2024	950,00
91089315	26/12/2023	B	LABORATOIRES D	730,00	583,00	530,00	1,00	583,00	95,00	13/01/2024	553,85
91089315	26/12/2023	CS	ANALYSES NEUROLOGIE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	95,00	13/01/2024	142,50
91089315	26/12/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	293,00	0,00	1,00	3,00	0,00	0,00	13/01/2024	94,24
Total remboursé				مجموع مبلغ التعويض							1740,59
Total général remboursé				مبلغ التعويض الاجمالي							1740,59

- Sauf erreur ou omission

- ما عدا خطأ أو نسيان

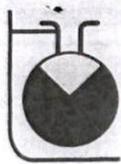
Pour plus d'informations :

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 الواسع على الأرقام



مختبر المغرب للتحليلات الطبية والعلمية
LABORATOIRE DU MAGHREB
D'ANALYSES MEDICALES ET SCIENTIFIQUES

283, Bd. Zerktouni - 21000 Casablanca - Tél. : 05 22 39 51 00 / 05 22 39 51 31 - Téléfax : 05 22 39 51 47

Dr SEKKAL NABIL
PHARMACIEN BIOLOGISTE
DIPLOME D'ETUDES SPECIALES
DE PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE
IMMUNOLOGIE HEMATOLOGIE
EX. : ATTACHE DES HOPITAUX DE PARIS
CHEF DE SERVICE A LA POLYCLINIQUE CNSS

Préscripteur : RAMZI H

Prélève à : :



MONSIEUR MTIRI SAID MJIDOU

Dossier N° : 312271723

du : 27/12/2023

Page : 2

Compte Rendu d'Analyse

VITAMINES

25 OH Vitamine (D2 + D3)
(Tech ELISA)

12 * ng/ml (30 à 80)

312271723

LABORATOIRE DU MAGHREB
Dr. SEKKAL Nabil
PHARMACIEN BIOLOGISTE
283, Bd. Zerktouni - Casablanca
Tél. : 05 22 39 51 00



مختبر المغرب للتحليلات الطبية والعلمية
LABORATOIRE DU MAGHREB
D'ANALYSES MEDICALES ET SCIENTIFIQUES

283, Bd. Zerkouni - 21000 Casablanca - Tél. : 05 22 39 51 00 / 05 22 39 51 31 - Téléfax : 05 22 39 51 47

Dr **SEKKAL NABIL**
 PHARMACIEN BIOLOGISTE
 DIPLOME D'ETUDES SPECIALES
 DE PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE
 IMMUNOLOGIE HEMATOLOGIE
 EX. : ATTACHE DES HOPITAUX DE PARIS
 CHEF DE SERVICE A LA POLYCLINIQUE CNSS

Préscripteur : RAMZI H

Prélevé à : :



MONSIEUR MTIRI SAID MJIDOU

Dossier N° : 312271723 du : 27/12/2023

Compte Rendu d'Analyse

Page : 1

NUMERATION GLOBULAIRE

<i>GLOBULES ROUGES</i>	4,30 *	Millions/ml	(4.4 à 6)	3,88 (18/05/2022)
<i>HEMOGLOBINE</i>	13,1	g/100ml	(13.0 à 18.0)	11,1 (18/05/2022)
<i>HEMATOCRITE</i>	39,0	%	(37 à 52)	35,0 (18/05/2022)
<i>VGM</i>	91,0	µ3	(80 à 98)	90,0 (18/05/2022)
<i>TCMH</i>	30,0	pg	(27 à 34)	29,0 (18/05/2022)
<i>CCMH</i>	34,0	%	(30 à 36)	32,0 (18/05/2022)
<i>GLOBULES BLANCS</i>	6300	/mm3	(4000 à 10000)	5800 (18/05/2022)

NUMERATION LEUCOCYTAIRE

<i>P.Neutrophiles (PNN)</i>	57	%	Soit	3591	/mm3	(2000 - 6000)	52 (18/05/2022)
<i>P.eosinophiles (PNE)</i>	4	%	Soit	252	/mm3	(0 - 400)	2 (18/05/2022)
<i>P.basophiles (PNB)</i>	0	%	Soit	0	/mm3	(0 - 100)	0 (18/05/2022)
<i>Lymphocytes</i>	36	%	Soit	2268	/mm3	(1500 - 4000)	44 (18/05/2022)
<i>Monocytes</i>	3	%	Soit	189	/mm3	(0 - 800)	2 (18/05/2022)

<i>PLAQUETTES</i>	215000	/mm3	(150000 - 400000)	158000 (18/05/2022)
-------------------	---------------	------	-------------------	---------------------

BIOCHIMIE

FERRITINE

(Tech. Chimiluminescence COBAS 6000)

61 ng/ml

Valeurs usuelles ng/ml

Age	
Nouveau-nés	: 150 - 450
2-3 mois	: 80 - 500
4 mois - 16 ans	: 20 - 200
Femme <50	: 15 - 150
Femme en ménopause	: 30 - 400
Homme	: 30 - 400

LABORATOIRE DU MAGHREB
Dr. SEKKAL Nabil
PHARMACIEN BIOLOGISTE
 283, Bd. Zerkouni - Casablanca
 Tél. 39.51.00/39.51.31

312271723



Facture N° 15624/2023

Casablanca, le 27/12/2023

Nom patient : MJIDOU MTIRI SAID

Examen(s) réalisé(s) : SCAN CEREBRAL:

Montant : mille cinq cents (1500 DH)

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME
DE : 1500 DH**

Dr. BERRADA FATHI
Med. Abdou
Radiologie Bourgogne
41 Rue Med. Sedki 1^{er} Etage
Tél 20.62.15/20.62.16 - Casa

Docteur Hanane Ramzi

NEUROLOGUE

Spécialiste des Maladies
du système nerveux, du Muscle
et de la colonne vertébrale.

Electroencéphalographie (EEG)
Electromyogramme (EMG)

64, Rue Mohamed Sedki, 1er étage N° 2
par Bd. Ziraoui - Casablanca
Tél.: 05 22 27 81 82 - 06 15 20 55 86



الدكتورة حنان رمزي
إختصاصية في أمراض الجهاز العصبي

والعضلات والعمود الفقري.
مرض الصرع

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)
التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

64، زنقة محمد صدقي - الطابق الأول رقم 2
عبر شارع الزيراوي - الدار البيضاء
الهاتف : 06 15 20 55 86 - 05 22 27 81 82

CASABLANCA, le في الدار البيضاء، في
26/12/2023

NOTE D'HONORAIRES

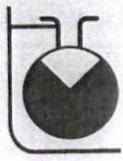
LA NOTE D'HONORAIRES DU DR RAMZI Hanane CONCERNANT

Mr MTIRI SAID Mjidou

REMONTE A TROIS CENT DIRHAMS POUR CONSULTATION

SPECIALISEE (C2).

Dr. Hanane RAMZI
NEUROLOGUE
64, Rue Mohamed Sedki, 1er étage N° 2, Casablanca
Tél : 05 22 27 81 82 - 06 15 20 55 86
Dr. Hanane RAMZI



مختبر المغرب للتحليلات الطبية والعلمية
LABORATOIRE DU MAGHREB
D'ANALYSES MEDICALES ET SCIENTIFIQUES

283, Bd. Zerkouni - 21000 Casablanca - Tél. : 05 22 39 51 00 / 05 22 39 51 31 - Téléfax : 05 22 39 51 47

Dr SEKKAL NABIL
PHARMACIEN BIOLOGISTE
DIPLOME D'ETUDES SPECIALES
DE PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE
IMMUNOLOGIE HEMATOLOGIE
EX. : ATTACHE DES HOPITAUX DE PARIS
CHEF DE SERVICE A LA POLYCLINIQUE CNSS

Assuré

Matricule

Bénéficiaire

MTIRI SAID MJIDOU

Prise en charge N°

Prescripteur RAMZI H

FACTURE N° 6690

Facturé le : 27/12/2023

Analyses :

FERRITINE

B 200

VITAMINE D

B 250

NUMÉRATION FORMULES PLAQUETTES

B 80

Total analyses :

710,00 Dh

Prélèvements :

Sang

Total Prélèvements :

20,00 Dh

Total <>

530

Soit un montant total :

730,00 Dh

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SEPT CENT TRENTE DIRHAMS

LABORATOIRE DU MAGHREB
Dr. SEKKAL Nabil
PHARMACIEN BIOLOGISTE
33, Bd. Zerkouni - Casablanca
Tél. 05 22 39 51 31

Casablanca , le 27/12/2023

COMPTE RENDU DE : MJIDOU MTIRI SAID

DR : RAMZI

SCANNER CEREBRAL

TECHNIQUE

*Examen réalisé en séquences spiralées reconstruites en coupes fines de 2,5mm d'épaisseur sans injection de PDC.
Reconstructions coronales et sagittales.*

RESULTATS

En sus-tentorial :

*Absence de foyer d'hypo ou d'hyperdensité intra-parenchymateuse anormale.
Système ventriculaire de morphologie normale.
Les structures médianes sont en place.*

En sous-tentorial :

*Densité normale du tronc, vermis et hémisphères cérébelleux.
V4 en place.
Transparence normale des sinus de la face.*

AU TOTAL

Scanner cérébral ne révélant pas d'anomalie notable.

Ci-joint : CD en totalité de l'examen

Merci de votre
DR FATHI

Dr. Hanane RAMZI
NEUROLOGUE
64, Rue Med Sedki - par Bd Zitouni
1^{er} Etage Appt. n° 2 - CASABLANCA
Tel: 0522278182-0615205586

Pharmacie EL ANAÛE
Mme H.T. EL ARAKI
Bd Abdellatif Ben Kaddour



4) Carbozorb cp: 35,50
Acp en cas de besoin 293,100

Docteur Hanane Ramzi
NEUROLOGUE



الدكتورة حنان رمزي
إختصاصية في أمراض الجهاز العصبي

Spécialiste des Maladies
du système nerveux, du Muscle
et de la colonne vertébrale.

والعضلات والعمود الفقري.
مرض الصرع

Electroencéphalographie (EEG)
Electromyogramme (EMG)

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)
التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

64, Rue Mohamed Sedki, 1er étage
par Bd. Ziraoui - Casablanca
Tél.: 05 22 27 81 82 - 06 15 20 55 86

64, زنقة محمد صديقي - الطابق الأول رقم 2
عبر شارع الزيراوي - الدار البيضاء
الهاتف : 06 15 20 55 86 - 05 22 27 81 82

CASABLANCA, le 26/12/2023 في الدار البيضاء،

NTIRI Saïd Njidou

76,00

1) Multi vitamines hansal Cp eff:

1 Cp le matin / J / III 4 mois
après repas



49,60 x 2

2) D-Cure Forte Ampoule:

1 Amp / 15 jours / III 3 mois

Pharmacie EL ANADEL
Mme H.T. EL ARAKI
Abdelatif Ben Kaddour



38,30

3) Arginine Verynon Sinop:

1 Cas à midi / J / III 4 mois



Dr. Hanane Ramzi
NEUROLOGUE
64, Rue Mohamed Sedki - 1er Etage
Appt. n° 2 - Casablanca
Tél: 05 22 27 81 82 - 06 15 20 55 86

Docteur Hanane Ramzi
NEUROLOGUE



Spécialiste des Maladies
du système nerveux, du Muscle
et de la colonne vertébrale.

Electroencéphalographie (EEG)
Electromyogramme (EMG)

64, Rue Mohamed Sedki, 1er étage N° 2
par Bd. Ziraoui - Casablanca
Tél.: 05 22 27 81 82 - 06 15 20 55 86

الدكتورة حنان رمزي
إختصاصية في أمراض الجهاز العصبي

والعضلات والعمود الفقري.
مرض الصرع

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)
التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

64، زنقة محمد صدقي - الطابق الأول رقم 2
عبر شارع الزيرايوي - الدار البيضاء
الهاتف : 06 15 20 55 86 - 05 22 27 81 82

CASABLANCA, le 26/12/2023 في الدار البيضاء،

Mptiki Saoud

M. J. J. J.

NFS + p9

Ferrikinémie

Dosage vit D.

LABORATOIRE DU MAGHREB
Dr. SEKKAL Nabil
PHARMACIEN BILOGISTE
83, Bd. Zerkouni - Casablanca
Tél. 39.51.00/39.51.31

Dr. Hanane RAMZI
NEUROLOGUE
64, Rue Med Sedki - Par Bd. Ziraoui
1^{er} Etage Appt. n° 2 - CASABLANCA
Tél : 05 22 27 81 82 - 06 15 20 55 86

Description des actes effectués				وصف العمليات المجراة	
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	
26/12/23	C5		300 Dh	<p>Dr. Hanane RAMZI NEUROLOGUE 64, Rue Med Sedki - Par Bd. Ziraoui 1^{er} Etage Appt. n° 2 - CASABLANCA Tél: 0522 27 81 82 - 06 19 20 55 86</p>	
INPE et code à Barres INPE: 091556794					
 <p>LOT: L07500 EXP: 02/2026 PPV 76 DH 4 001728 370051</p>					

CIM-10

Description des actes effectués				عمليات المساعدين الطبيين	
رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
				 <p>B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique 39 rue du Parc Industriel, SMB TECHNOLOGY S.A. Fabriqué par: SMB</p>	
INPE et code à Barres INPE: 092023027					

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				لاشعة والصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	الاشعة أو الإحيائي Signature et Cachet Biolog	
27/12/2023	B 530 T=		730,00 dh	<p>LABORATOIRE DU Dr. SERVAZ PHARMACIEN A. Bd. Ziraoui</p>	
INPE et code à Barres 09300-2277					
27/12/2023	DM 1500 DH			<p>DR. BERRAD Med. AF Radiologie P 41 Rue Med. S Tel: 20.62.1512</p>	
INPE et code à Barres INPE: 091032318					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة	
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	القيمة المفوتر Prix facturé	توقيع أو ممون التجهيزات Signature et Cachet d Fournisseurs des dis		
26/12/23	100	<p>Pharmacie EL ANAKI Mme H.T. EL ANAKI Bd. Abdellatif Belkacem</p>		
INPE et code à Barres INPE: 092023027		<p>Pharmacie EL ANAKI Mme H.T. EL ANAKI Bd. Abdellatif Belkacem</p>		
INPE et code à Barres				

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
طبيعة الخدمة Nature de la prestation	السعر Prix Unitaire	الكمية Quantité	

Feuille de soins par personne et par de soins doit être accompagnée de ces pièces justificatives* originales (prescriptions médicales, factures, ...).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être reportés par les praticiens eux mêmes sur la feuille de soins.

Les données transmises doivent être vérifiées des codes à barres des documents 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. Dans le cas contraire, le dossier doit être présenté dans les 60 jours qui suivent la fin du traitement.

Le montant des frais engagés sera remboursé sur la base de la tarification nationale de soins.

Les prestations ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à accord préalable. Cette dernière est disponible auprès de la CNSS.

Les accidents du travail et les professions libérales ne sont pas couverts.

La personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales prévues par la loi.

Le remboursement est pris en charge par la personne assurée ou son représentant légal sous réserve du respect des conditions prévues par la loi et de ce qui précède.

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل 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 المرسله بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الاثباتية 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 والأمراض 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

102105M: 03222 + 0484

<p>الضمان الاجتماعي C.N.S.S. Le devoir de vous protéger</p>	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie		رمة التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Malie Obligatoire
	موافقة مسبقة* Entente préalable*	تنفيذ* Exécution*	رجوع رقم 610-1-02

N° Dossier :
Partie réservée à l'assuré(e) المؤمن له (لها)

Nom et prénom : NTI Aji SAIP NJIDOU
N° Immatriculation : 149121445629
N° CIN : 1B-14512121010
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*
Conjoint زوج
Enfant ابن
Adresse : 21, Rue Najib Mahfoud, Gauthier, La Sa

Montant des frais : 2843,00 Dhs
نق المرفقة : 10

Declaracion du médecin traitant
Bénéficiaire de soins
Nom et prénom : M^r NTIRT SAID NJIDOU
Date de naissance : 10/10/1947
N° CIN : 1B-14512121010
Sexe* : M ذكر F أنثى
INPE et code à barres **

INPE: 091156794
Médecin traitant
الطبيب المعالج
Etablissement de soins
المؤسسة العلاجية

Type de soins*
Hospitalisation استشفاء
Maternité أمومة
Accident حادثة
Maladie مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.
Fait à :
Le : 12/11/2012
شهادة بصحة كل ما ذكر أعلاه
ب:
في:
توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à :
Le :
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو من مؤسسة الصحية
Cachet et Signature de l'Etablissement

توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
--	---

