

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 01391

Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SOUALY Mohamed

Date de naissance : 01-01-1958

Adresse : Tanane californie, saphir 4, Apt 18
Ain chock Casablanca

Tél. : 0701132064 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age : 

Lien de parenté : Lui-même Conjoint 2024 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 : Casablanca Le : 29/02/2024

Signature de l'adhérent(e) : M. SOUALY

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

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch (maxilla) with 12 numbered teeth (1 through 12) arranged in a curve. The teeth are represented by circles with numbers inside. A coordinate system is overlaid on the arch, with the vertical axis pointing upwards and the horizontal axis pointing to the right. The vertical axis is labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. The horizontal axis is labeled 'D' on the left and 'G' on the right. The teeth are numbered as follows: 1 (top central), 2 (top lateral), 3 (top canine), 4 (top first molar), 5 (top second molar), 6 (top third molar), 7 (bottom third molar), 8 (bottom second molar), 9 (bottom canine), 10 (bottom lateral), 11 (bottom first molar), and 12 (bottom central).

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Coefficient des travaux

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
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 : Le : N° d'immatriculation	CASABLANCA 12/02/2024 183619729	أصدر ب : بتاريخ : رقم التسجيل أداءات الفترة	Page 1 / 1	الصفحة المرسل إليه
Règlements de la période du : 12/02/2024 au : 12/02/2024	ZIATT AMINA				

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 استفدت منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مينيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	أنسان 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
ZIATT AMINA											
148884891	05/02/2024	PH	PHARMACIES D OFFICINES CARDIOLOGIE	724,10	0,00	1,00	14,00	0,00	0,00	10/02/2024	196,66
148884891	05/02/2024	CS	ANATOMO-PATHOLOGIE	250,00	150,00	1,00	1,00	150,00	77,00	10/02/2024	115,50
144435311	11/12/2023	CS	GYNECO OBSTETRIQUE	250,00	150,00	1,00	1,00	150,00	77,00	10/02/2024	115,50
144435311	11/12/2023	H500	LABORATOIRES D ANALYSES ANATOMO-PATHOLOGIE	350,00	100,00	1,00	1,00	100,00	77,00	10/02/2024	77,00
144435311	11/12/2023	B	PHARMACIES D OFFICINES	120,60	99,00	90,00	1,00	99,00	77,00	10/02/2024	76,23
144435311	11/12/2023	P		200,00	200,20	182,00	1,00	200,20	77,00	10/02/2024	154,00
144435311	11/12/2023	PH		416,20	0,00	1,00	3,00	0,00	0,00	10/02/2024	0,00
Total remboursé						مجموع مبلغ التعويض					
Total général remboursé						مبلغ التعويض الاجمالي					
734,89											

- 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 موقتنا الإلكتروني
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
أو تطبيق الهاتف
أو الاتصال بالتجهيز الإلكتروني على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال إلى الضمان على الأرقام

Dr. Wafae BISBIS-ABOUNAIDANE

Professeur en Gynécologie - Obstétrique

Ex-enseignante à la Faculté de Médecine de Casablanca

الدكتورة وفاء بسيس أبو نيدان

أستاذة في طب النساء والتوليد

أستاذة سابقة بكلية الطب بالدارالسليمان

Casablanca, le

Casablanca, le 11/12/23

hus Bratt Anne

H. C. Conley, D. A. & Son
PHARMACEUTICAL

8280 Denudata Karim
T. Mans. 31
usablanca 29 29 29 29
T. Mans. 31
usablanca 29 29 29 29

2 - ~~2 x 100 x 8 Jan~~

51, n^o 105
3. W. K. Pen Yule Be Son

3-
N 2 R 100-200' Pender

~~Denis hex 7000~~

July 2nd 1889 Boston 80 miles. Total

إقامة القصر راوند 300 متر مربع على مساحة D الطابق العلوي - 30 طوابق - المتر: 001789271000048
Résidence du Palais, Angle Bd Ghazi & Yaqoub El Mouna - Casablanca
Tél. : 05 22 95 00 04 / 05 22 95 05 30 - E-mail: drbissbiss@gmail.com
INPL : 091029108 - Potente : 34836020 - T.F. : 40164876 - ICE : 001789271000048

Dr. Mostapha MANZAH

Pharmacien Biologiste

- DES : Biochimie • Bactériologie - Virologie
- Hématologie - Immunologie - Parasitologie
- Lauréat de la faculté de Nantes (FRANCE)
- Ancien interne du C.H.U. de Nantes (France)



الدكتور مصطفى المزah

صيدلي ببيولوجي

اختصاصي في التحاليلات الطبية

داخلي سابق بالمركز الصحي والجامعي بنانت (فرنسا)

خريج كلية الصيدلة بنانت (فرنسا)

Dossier ouvert le : 14/12/23

Prélèvement effectué à 07:35

Edition du : 15/12/23

Madame ZIATT AMINA
Docteur WAFAE BISBIS-ABOUNAIDANE
Réf. : 23L69

Compte Rendu d'Analyses

MICROBIOLOGIQUES

EXAMEN CYTO-BACTERIOLOGIQUE DES URINES

Normales Antériorités

Aspect	:	Clair.	
Couleur	:	Jaune.	

EXAMEN CHIMIQUE:

pH	:	7	
Glucose	:	Négatif.	
Proteines	:	Négatif.	
Sang	:	Négatif.	
Corps cétoniques	:	Négatif.	
Nitrites	:	Négatif.	

EXAMEN MICROSCOPIQUE:

Leucocytes	:	1	/mm ³	< 10
Hématies	:	12 *	/mm ³	< 10
Cristaux	:	Absence.		
Cylindres	:	Absence.		
Parasites	:	Absence.		
Levures	:	Absence.		

Coloration de Gram

EXAMEN BACTERIOLOGIQUE

Numération des germes	:	<1000	
Culture et Identification	:	Stérile.	

CONCLUSION

:

Hématurie microscopique.

LABORATOIRE D'ANALYSES
L'ANALYSE EL MANZAH
115 Route d'El Jadida
Casablanca - Maroc

Casablanca, le

11/12/23

Dr. Siatt Amina
ECBU

LABORATOIRE D'ANALYSE
CLINICALES EL MANZAH
"Route d'El Jadida"
Casablanca

LABORATOIRE D'ANALYSE
CLINICALES EL MANZAH
"Route d'El Jadida"
Casablanca

Professeur BISBIS Wafaa
Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique
Rés. du Palais, angle Bd Ghandi & Yacoub El Mansour, CASA
Tél. 0522 95 00 04 / 0522 95 05 20 - E-mail: dr.bisbis@gmail.com
INPE : 091029108 - Patente : 34836020 - IF : 40164876 - ICE : 001789271000048

إقامة القصر، زاوية شارع غاندي و يعقوب المنصور عمارة D الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 95 00 04 - 05 22 95 05 020
Résidence du Palais, angle Bd Ghandi & Yacoub El Mansour, Im D, Appt n° 2, 1^{er} étage - Casablanca
Tél. : 05 22 95 00 04 / 05 22 95 05 20 - E-mail: dr.bisbis@gmail.com
INPE : 091029108 - Patente : 34836020 - IF : 40164876 - ICE : 001789271000048

LABORATOIRE EL MANZAH D'ANALYSES MEDICALES

115, ROUTE D'EL JADIDA, CASABLANCA

TEL : 0522 23 53 28 / 0522 23 83 46

FAX : 0522 23 35 58 / ICE:000449340000095 / IF: 42404900

Note d'honoraires

Casablanca le 14 décembre 2023

Madame ZIATT AMINA

FACTURE N°	1906
------------	------

Analyses :

Cytobacteriologie des urines -----	B 90	Total : B 90
------------------------------------	--------	--------------

TOTAL DOSSIER	120,60 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cent Vingt Dirhams et Soixante Centimes





Date de réception : 11/12/2023

Date d'édition : 20/12/2023

Nom Prénom : ZIATT AMINA

Age / Sexe : 66 / F

Médecin traitant : PR BISBIS

Référence : C23L1108

Nature du prélèvement : FCV monocouche.

Renseignements cliniques : Frottis monocouche.

COMPTE RENDU

Le prélèvement examiné après cytocentrifugation et étalement, montre un fond ponctué de polynucléaires neutrophiles, débris cellulaires et histiocytes. Sur ce fond, présence d'une population de moyenne abondance de cellules malpighiennes de type intermédiaire, mais surtout basal et parabasal. Ces cellules sont le siège d'altérations cytonucléaires de type réactionnel, avec des cellules à cytoplasme pseudo vacuolaire, des cellules binucléées, et de rares cellules dyskératosiques. A ces cellules se mêlent de rares cellules endocervicales isolées, régulières.

CONCLUSION : - Frottis atrophique.

- Absence de cellules néoplasiques.

Signé : Dr. BADRE Latifa

Dr BADRE Latifa
Anatomocytopathologiste
43, Bd. 2 Mars, Etage 1,
Appt. 2 - Casablanca
22 22 55 29 / 06 63 00 00 06

Page 1/1

IF : 42045051 - Patente : 34475119 - ICE : 002247365000012 - INPE : 091024588



شارع 2 مارس، الطابق الأول، شقة رقم 2 - الدار البيضاء

43, Bd. 2 Mars, Étage 1, Appt. N° 2 - Casablanca

+212 5 22 22 55 29 +212 6 68 08 89 86 laboratoirebadre2023@gmail.com

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BADRE

FACTURE

REF : FA23003930

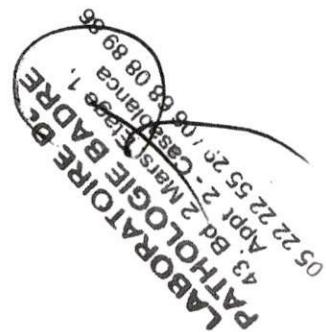
Demande 23L1108 - 11/12/2023 C
Médecin traitant PR BISBIS
Patient ZIATT AMINA - 004877
Date de facturation 11 / 12 / 2023

Liste des examens

FCV monocouche

A Payer	200,00	Dhs
coefficient-P	182	

Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENTS DIRHAMS ET 00 CENTIMES



43, Bd. 2 Mars, Etage 1, Appt. N° 2 - Casablanca

Tel. : +212 (0) 5 22 22 55 29 Mobile : 06 68 08 89 86 E-mail : Laboratoirebadre2023@gmail.com

PATANTE: 34475119 IF : 42045051 ICE : 002247565000012 INPE : 091024588

Casablanca, le 11/12/2023

Mme Giatt Amina

Facture :

Echographie : 350,00 €

Professeur

Professeur BISBIS Wafaa
Spécialiste en Gynécologie et Obstétrique
et à l'assistance à la naissance
1^{er} étage, 322, rue de la République, 1000
Téléphone: 001-78271000/0111
ICF

إقامة القصر زاوية شارع غاندي ويعقوب المنصور عمارة D الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 95 00 04 - 05 22 95 05 20 - Résidence du Palais, angle Bd Ghandi & Yacoub El Mansour. Im D. Appt n° 2, 1^{er} étage - Casablanca
Tél. : 05 22 95 00 04 / 05 22 95 05 20 - E-mail: dr.bisbis@gmail.com
INPE : 091029108 - Patente : 34836020 - IF : 40164876 - ICE : 001789271000048



LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BADI

—مختبر التشريح المرضي الدقيق بدر—

Dr Latifa BADRE

Anatomocytopathologiste

DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

Ordonnance du docteur :

Nom et prénom :

Age

Référence :

Siège et nature du prélèvement :

Cytologie :

- Frottis de dépistage : Vagin Exocol Endocol Endomec
 - Date des dernières règles : 05/04/2022
 - Traitements éventuels : Panty L

Renseignements cliniques et paracliniques :

cliniques et paracliniques :

Radiographies :

Signature:



عيادة في طب النساء والتوليد

Dr. Wafae BISBIS

Professeur en Gynécologie - Obstétrique

Ex-enseignante à la Faculté de Médecine de Casablanca

الدكتورة وفاء بسبيس

أستاذة في طب النساء والتوليد

أستاذة سابقة بكلية الطب بالدارالبيضاء



ECHOGRAPHIE PELVIENNE

ECHOGRAPHIE OBSTÉTRICALE

NOM : *Biatt*PRENOM : *Amna*

11/12/2023

Casablanca, le.....

ECHOGRAPHIE PELVIENNE

Nom et Prénom : Mme ZIATT AMINA

Indication : Echographie sus pubienne et endovaginale

Examen réalisé avec un appareil Samsung WS80A

mis en service le 18/05/2021

DDR = ménopausée

Vessie : peu pleine

Utérus de petite taille

Ligne de vacuité siège d'une hématométrie minime

Endomètre épaisse à 3 mm

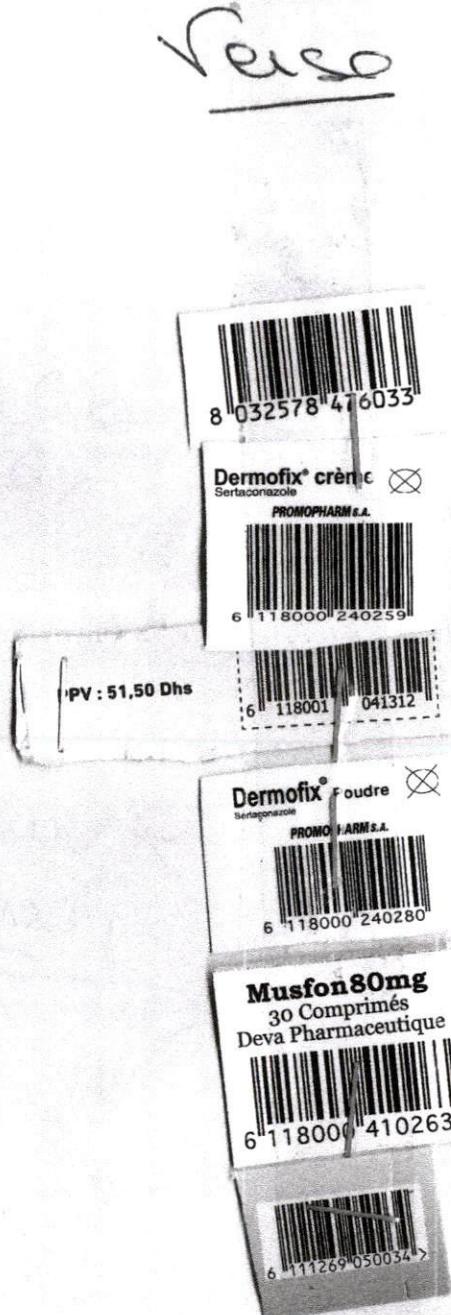
Ovaires atrophiques

Absence de MLU ou annexielle.

Professeur BISBIS Wafaa
Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique
Rés. du Palais Anglais Bd. Ghandi
& Yacoub El Mansour - CASA
Tél. 0522 95 00 04 / 0522 95 05 20 - INP 091029108
0522 95 00 04 / 0522 95 05 20 - INP 091029108
0522 95 00 04 / 0522 95 05 20 - INP 091029108
0522 95 00 04 / 0522 95 05 20 - INP 091029108

قائمة القصر زاوية شارع غاندي ويعقوب المنصور عمارة الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 95 00 04 - 05 22 95 05 20
Résidence du Palais, angle Bd Ghandi & Yacoub El Mansour. Im D. Appt n° 2, 1^{er} étage - Casablanca
Tél. : 05 22 95 00 04 / 05 22 95 05 20 - E-mail: dr.bisbis@gmail.com
INPE : 091029108 - Patente : 34836020 - IF : 40164876 - ICE : 001789271000048





Casablanca, le

11/12/23 .

~~1. We Satt Anne~~
~~1. Compr. x 2 (joue x 8 jours~~
~~2. Denofix poudre x 8 jours~~
~~3. Musfon 80mg x 70 jours~~
~~4. Bollomy x 5 jours~~
~~5. Bollomy x 5 jours~~
~~6. Bollomy x 5 jours~~
~~7. Bollomy x 5 jours~~

Professeur BISBIS Wafae
Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique
Résidence du Palais, angle Be Ghadda & Yacoub El Mansour - B. Appart n° 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20
Tél. : 0522 95 00 04 / 0522 95 05 20 - E-mail: dr.bisbis@gmail.com
INPL : 091029108 - Patente : 34836029 - IF : 40164876 - ICE : 001789271000048

Actes Paramédicaux		عمليات المساعدين الطبيين		
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

11/12/13	P182	200,00	 ABUNATAC SOCIALES 15 A RUE MARAIS 75004 PARIS
INPE et code à Barres			
 INPE 081024588			
14 12 23	B90	200,00	
INPE et code à Barres			
 INPE 093001287			

قيمتها و التجهيزات الطبية المهمونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	



الضمان الاجتماعي
CNSS
Le devoir de vous protéger

موافقة مسبقة *
Entente préalable *

تنفيذ *
Exécution *

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *

Conjoint زوج

Enfant ابن

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom :

Ziatt Amina

N° Immatriculation :

1951011959

N° CIN :

RD59963

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *

Adresse :

Route California Saphir 4
Bât 18 Aïn el Kebir

Montant des frais :

133690 درهم

Nombre de pièces jointes :

11

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom :

Ziatt Amina

Date de naissance :

1951011959

N° CIN:

RD59963

Sexe* :

M ذكر

F أنثى

INPE et code à barres **

091029107

Médecin traitant
الطبيب المعالج

Etablissement de soins
المؤسسة العلاجية

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

بـ :

Fait à :

Le :

في :

1951011959

تونس

توقيع المؤمن له

Signature de l'assuré(e)

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

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

بـ :

في :

1441141212

تونس

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية

Signature de l'Etablissement de soins

أصرح بمصداقية وصحة
المعلومات المذكورة أعلاه

بـ :

في :

1441141212

تونس

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية

Signature de l'Etablissement de soins

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

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

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

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراء.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر، في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يطلب 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 طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره

soins par personne et par

oit être accompagnée de justificatives originales, factures, ...).

de la personne soignée les praticiens eux mêmes ins.

transmises doivent être codés à barres des

ainsi que les pièces tre présentées à la CNSS si suivent le premier acte d'attente médical continu. dossier doit être présenté jours qui suivent la fin du

des frais engagés sera la tarification nationale de

e peuvent donner lieu au ite à accord préalable. s est disponible auprès de

accidents du travail et es ne sont pas couverts.

de fraude ou de fausse ir des prestations qui ne sible des sanctions légales

ourusement prise par la au respect des conditions qui précède.

توقيع وطابع ا nature de l'Agence

خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO