

## 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.

**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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

COMPLÉMENTAIRE

Déclaration de Maladie

M23- N° 0038457

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01391

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SOUALY Mohamed

Date de naissance : 01-01-1952

Adresse : Jnane 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) : SOUALY

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

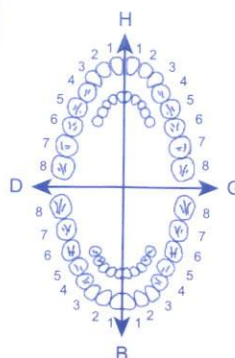
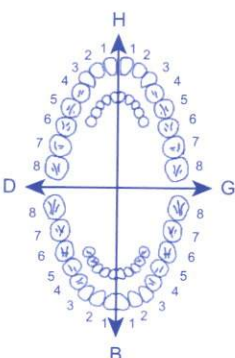
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

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 <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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  25533412  00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> 21433552  00000000  00000000  35533411  <b>G</b> </div> </div> <b>B</b>  <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  25533412  00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> 21433552  00000000  00000000  11433553  <b>G</b> </div> </div> <b>B</b>  <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				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

Relève périodique des prestations AMO

مديرية التأمين  
الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance  
Maladie Obligatoire  
Réf. : 610-2-06 : مرجع رقم

Emis à : CASABLANCA : أصدر ب :  
Le : 12/02/2024 : بتاريخ :

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 183619729 رقم التسجيل  
Règlements de la période :  
du : 12/02/2024 : من  
au : 12/02/2024 : إلى

المرسِل إليه  
Destinataire  
ZIATT AMINA

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	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الاداء	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
ZIATT AMINA											
148884891	05/02/2024	PH	PHARMACIES D	724,10	0,00	1,00	14,00	0,00	0,00	10/02/2024	196,66
148884891	05/02/2024	CS	OFFICINES CARDIOLOGIE	250,00	150,00	1,00	1,00	150,00	77,00	10/02/2024	115,50
144435311	11/12/2023	CS	ANATOMO-PATHOLOGIE	250,00	150,00	1,00	1,00	150,00	77,00	10/02/2024	115,50
144435311	11/12/2023	H500	GYNECO OBSTETRIQUE	350,00	100,00	1,00	1,00	100,00	77,00	10/02/2024	77,00
144435311	11/12/2023	B	LABORATOIRES D	120,60	99,00	90,00	1,00	99,00	77,00	10/02/2024	76,23
144435311	11/12/2023	P	ANALYSES ANATOMO-PATHOLOGIE	200,00	200,20	182,00	1,00	200,20	77,00	10/02/2024	154,00
144435311	11/12/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	416,20	0,00	1,00	3,00	0,00	0,00	10/02/2024	0,00
Total remboursé											734,89
Total général remboursé											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](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 الضمان على الأرقام



Dr. Wafae BISBIS-ABOUNAIDANE

Professeur en Gynécologie - Obstétrique

Ex-enseignante à la Faculté de Médecine de Casablanca

الدكتورة وفاء بسبيس أبونيدان

أستاذة في طب النساء و التوليد

أستاذة سابقة بكلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca le

11/12/23

Mr Zatt Amine

79 - Coust... 22/Jan

PHARMACIE  
OUAZZANI  
18, Rue B...  
Yacoub El Mansour - Casablanca  
Tél: 05 22 23 40 33

82 - Denu... 8 Jan

51 - 2x1 Jan x 8 Jan

84 - Denu... 7 Jan

50 - 2x1 Jan x 7 Jan

63 - 2x1 Jan x 7 Jan

Professeur BISBIS Wafae  
Specialiste en Gynécologie - Obstétrique  
Rue du Palais Angé & Yacoub El Mansour  
Tél: 05 22 95 00 04 / 05 22 95 05 20  
ICE: 001789271000048

05 22 95 00 04 - 05 22 95 05 20 : الهاتف - الدار البيضاء - الدار البيضاء  
Résidence du Palais, Angé & Yacoub El Mansour, Im B. Appl n° 2, Casablanca  
Tél: 05 22 95 00 04 / 05 22 95 05 20 - E-mail: drbisbis@gmail.com  
INPE: 091029108 - Patente: 34836020 - IF: 40164876 - ICE: 001789271000048



Dr. Mostapha MANZAH

Pharmacien Biologiste

- DES : Biochimie - Bactériologie - Virologie

- Hematologie - Immunologie - Parasitologie

- Lauréat de la faculté de Nantes (FRANCE)

- Ancien interne du C.H.U. de Nantes (France)



الدكتور مصطفى المنزه

صيدلي بيولوجي

إختصاصي في التحليلات الطبية

داخلي سابقا 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 /mm3 < 10  
Hématies : 12 \* /mm3 < 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'ANALYSE  
MEDICALE EL MANZAH  
115 Route d'El Jadida  
2ème Etage - N° 4 - Maârif - Casablanca

Casablanca, le

11/12/23

Fw Ziatt Amine

CCBU

LABORATOIRE D'ANALYSE  
CYTOLOGIQUES EL MANZAH  
2, 4, Route d'El Jadida  
Casablanca

LABORATOIRE D'ANALYSE  
CYTOLOGIQUES EL MANZAH  
2, 4, Route d'El Jadida  
Casablanca

Professeur BISBIS Wafae  
Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique  
Rés. du Palais, angle Bd Ghandi & Yacoub El Mansour - Im D. Appt n° 2, 1<sup>er</sup> 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

إقامة القصر زاوية شارع غاندي و يعقوب 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<sup>er</sup> 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

LABORATOIRE D'ANALYSES  
MEDICALES EL MANZAH  
115 Route d'El Jadida  
Casablanca  
Tél : 0522 23 53 28 / 0522 23 83 46  
Fax : 0522 23 35 58





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 cyto centrifugation 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  
Anatomocytologiste  
43, Bd. 2 Mars, Etage 1,  
Appt. 2 - Casablanca  
05 22 22 55 29 / 06 62 96 99 99

Page 1/1

IF : 42045051 - Patente : 34475119 - ICE : 002247565000012 - INPE : 091024588



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

9 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



**FACTURE**

REF : FA23003930

Demande 23L1108 - 11/12/2023 (

Médecin traitant PR BISBIS

Patient ZIATT AMINA - 004877

Date de facturation 11 / 12 / 2023

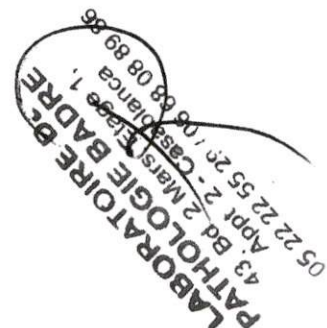
**Liste des examens**

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

M<sup>me</sup> Ziatt

Amina

Facture :

Echographie : 350,000 dh

Professeur BISBIS Wafae  
 Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique  
 Rés. du Palais, angle Bd Ghandi & Yacoub El Mansour - 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



**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 ☐ Endomet ☐
- Date des dernières règles :
- Traitements éventuels :

Renseignements cliniques et paracliniques :

FEV NC

Radiographies :

Signature :

Professeur BISBIS Wafae  
 Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique  
 Rés. du Palais, angle Bd Ghandi & Yacoub El Mansour - 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



43, شارع 2 مارس، الطابق الأول، شقة 051029108  
 43, Bd. 2 Mars, Etage 1, Appt. N° 2 - Casablanca

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

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BADI  
 43 Bd 2 Mars, Etage 1, Appt. N° 2 - Casablanca  
 05 22 22 55 29 / 06 68 08 89 86



# عيادة في طب النساء و التوليد

Dr. Wafae BISBIS

Professeur en Gynécologie - Obstétrique  
Ex-enseignante à la Faculté de Médecine de Casablanca

الدكتورة وفاء بسببيس  
أستاذة في طب النساء و التوليد  
أستاذة سابقة بكلية الطب بالدار البيضاء

- ☒ ECHOGRAPHIE PELVIENNE  
☒ ECHOGRAPHIE OBSTÉTRICALE

NOM : Ziatt  
PRENOM : Amina

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 épaissi à 3 mm

Ovaires atrophiques

Absence de MLU ou annexielle.

Professeur BISBIS Wafae  
Specialiste en Gynecologie - Obstétrique  
Rég. du Palais Angle Bd Ghandi  
& Yacoub El Mansour - CASA  
Tél : 0522 95 00 04 / 0522 95 00 03  
ICE : 001789271000048 - INPE : 091029108



verso



PV : 51,50 Dhs

Dr. Wafae BISBIS-ABOUNAIDANE  
Professeur en Gynécologie - Obstétrique  
Ex-enseignante à la Faculté de Médecine de Casablanca

الدكتورة وفاء بسبيس أبونيدان  
أستاذة في طب النساء و التوليد  
أستاذة سابقة بكلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le 11/12/23.

~~The Zatt Amine~~  
79 - ~~Condom x 2/jour~~  
~~x 8 jours~~  
82 - ~~Dermofix crème~~  
~~2 - x 1 jour x 8 jour~~  
51 - ~~Nikopen 10ml à son~~  
3 - ~~Dermofix Poudre~~  
84 - ~~Dermofix Poudre~~  
6 - ~~Musfon 80mg x 7 jours~~  
50 - ~~Musfon 80mg x 7 jours~~  
5 - ~~Bolomyl~~  
6 - ~~Bolomyl~~

Professeur BISBIS Wafae  
Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique  
Rég. du Palais Anglo-Belg. Casablanca  
Dr. Yacoub El Mansour  
Tél: 0522 95 00 04 / 0522 95 05 20 - Fax: 0522 95 05 20  
ICF: 001789271000048

إمالة القصص رابعة ياقوتة  
05 22 95 00 04 - 05 22 95 05 20 : الهاتف : الدار البيضاء - الهاتف :  
Résidence du Palais, angle Ba Ghanni & Yacoub El Mansour, Im. B. Appt n° 21, Casablanca  
Tél. : 05 22 95 00 04 / 05 22 95 05 20 - E-mail: drbisbis@gmail.com  
INPE : 091029108 - Patente : 34836020 - IF : 40164876 - ICE : 001789271000048







# تعليمات يجب إتباعها

soins par personne et par  
oit être accompagnée de  
justificatives originales  
s, factures, ...).

de la personne soignée  
les praticiens eux mêmes  
ins.

ransmises doivent être  
codes à barres des

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

des frais engagés sera  
la tarification nationale de

peuvent donner lieu au  
ite à accord préalable.  
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

oursement prise par la  
au respect des conditions  
qui précède.

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  
المشترقة.

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 التعريفه 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 و الأمراض 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

توقيع وطابع آل	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
nature de l'Agence	Réservé à la DAMO

<p>الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</p> <p>Feuille de Soins Maladie</p> <p>موافقة مسبقة * Entente préalable *</p> <p>تنفيذ * Exécution *</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>مرجع رقم 610-1-02 Réf.</p> <p>REF:ANAM:120101</p>
---	---	--

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom :	Ziatt Amina	الاسم العائلي والشخصي :
N° Immatriculation :	193619799	رقم التسجيل :
N° CIN :	B9229963	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *	Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input type="checkbox"/> ابن	علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *
Adresse :	Immeuble California Saphir 4 Apt 18 Ainebrook ELAD	العنوان :
Montant des frais :	133680 Dhs درهم	مبلغ المصاريف :
Nombre de pièces jointes :	11	عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins	Ziatt Amina	المستفيد من العلاجات
Nom et prénom :	Ziatt Amina	الاسم العائلي والشخصي :
Date de naissance :	22-01-1957	تاريخ الازدياد :
N° CIN :	B9229963	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe :	M <input type="checkbox"/> ذكر F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى	الجنس :
INPE et code à barres **	10210121408	الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر **

Médecin traitant	Etablissement de soins
الطبيب المعالج	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 checked="" type="checkbox"/>	مرض <input checked="" type="checkbox"/>
--	----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	---	---

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : Le : 12/12/2023	اشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه ب : في : 12/12/2023	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : Le : 14/12/2023	أصحر بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه ب : في : 14/12/2023
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)		توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins	