

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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.



## Declaration de Maladie

N° W19-517446

MD = 18606

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 566 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : , Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie :

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  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

## 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.



## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.  
Veuillez fournir une facture  
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															
				<b>Coefficient des travaux</b>														
				<b>Montant des soins</b>														
				<b>Début d'exécution</b>														
				<b>Fin d'exécution</b>														
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b> 	Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G			<b>Montant des soins</b>
	H																	
	25533412	21433552																
00000000	00000000																	
D																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
G																		
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>Date du devis</b>															
			<b>Fin d'exécution</b>															
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM :	Mle
<b>DECLARATION N°</b>	<b>P 14/0019574</b>	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



P 14/ 19574

DATE DE DEPOT

/ /201

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 1566	Signature de le patient
Nom & Prénom		DJEDDI MONAMED.	
Fonction	Phonies	Rehôte éprou 0663022740	
Mail			
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient		DUMUR AZIZA
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
Couple dentures 2 Dossiers Montant global 1162,40			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<b>PHARMACIE</b>	Date		
Montant de la facture			
Complémentaire 2 Dossiers No 63854972 63834266			
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		CACHET
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
CACHET			



## تعليمات يجب اتباعها

soins par personne et par doit être accompagnée de justificatives originales les, factures, ...).

de la personne soignée ar les praticiens eux mêmes soins.

transmises doivent être codes à barres des

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

des frais engagés sera e la tarification nationale de

ne peuvent donner lieu au uite à accord préalable. es est disponible auprès de

accidents du travail et lles ne sont pas couverts.

ible de fraude ou de fausse enir des prestations qui ne ssible des sanctions légales

boursement prise par la e au respect des conditions e 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 المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المستترة.

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 التعريفة الوطنية المرحعية.

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.

	<b>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</b> <b>Feuille de Soins Maladie</b>		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	Réf. - 610-1-02 مرجع رقم	Réf. ANAM : 1.2.01.01
	موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *			

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي : **DUMUR AZIZA ep. Djedouh**  
 رقم التسجيل : **1891812822**  
 رقم بطاقة التعريف الوطنية : **B282977**  
 علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) \* **M. Mère**  
 Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) \* **M. Mère**

العنوان : **RESIDENCE ENNARD AV. STENANAL**  
 Adresse : **AV. STENANAL 1009 App 94 / Casablanca**  
 مبلغ المصاريف : **743,90 Dhs**  
 Montant des frais : **743,90 Dhs**

عدد الوثائق المرفقة : **713, 10 3 pages**  
 Nombre de pièces jointes : **713, 10 3 pages**  
 تصريح الطبيب المعالج : **713, 10 3 pages**  
 Déclaration du médecin traitant


الاسم العائلي والشخصي : **Dumur AZIZA**  
 تاريخ الميلاد : **21.12.1952**  
 رقم بطاقة التعريف الوطنية : **B282977**  
 الجنس : **أنثى**  
 INPE : **091198804**  
 Bénéficiaire de soins  
 Nom et prénom : **Dumur AZIZA**  
 Date de naissance : **21.12.1952**  
 N° CIN : **B282977**  
 Sexe : **م**  
 INPE : **091198804**

الرقم الوطني الاستدالي والرقم المشفر : **091198804**  
 INPE : **091198804**  
 Etablissement de soins : **المؤسسة العلاجية**  
 Médecin traitant : **الطبيب المعالج**

نوع العلاجات : **مرض**  
 Type de soins : **مرض**  
 Hospitalisation : **استشفاء**  
 Accident : **حادثة**  
 Maladie : **مرض**

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه : **28/10/2019**  
 J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.  
 Fait à : **Casablanca**  
 Le : **28/10/2019**  
 توقيع المؤمن له : **Signature de l'assuré(e)**  
 أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه : **28/10/2019**  
 Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
 Fait à : **Casablanca**  
 Le : **28/10/2019**  
 توقيع طبيب المعالج أو المؤسسة الصحية : **Signature du médecin ou de l'établissement de soins**


توقيع وطابع الو : **Signature et tampon de l'Agence**  
 Signature de l'Agence : **Signature de l'Agence**  
 Réserve à la DAMO : **Réserve à la DAMO**

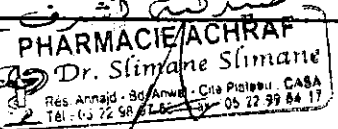
تاريخ Date	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
15	CS		3000DH	
e à Barres 094198804				
e à Barres _ _ _ _ _				

CIM-10

ramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين
تاريخ Date	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
e à Barres _ _ _ _ _					
le à Barres _ _ _ _ _					

M-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	Signature et Cachet du Radiologue Biologiste
21/10/19	Radiologie		2000DH	
INPE et code à Barres INPE : 094198604				
INPE et code à Barres _ _ _ _ _				

الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	القيمة المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et Fournisseurs des dispositifs médicaux
28.10.19	24390	 PHARMACIE/ACHRAF Dr. Slimane Slimane Rés. Annajd - Bd. Amel - Cas. P. 10000 - CASABLANCA Tél : 05 22 98 67 68 - 05 22 99 84 17
INPE et code à Barres _ _ _ _ _		
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

ains doit être accompagnée de pièces justificatives originales (récépissés, factures, ...).

enom de la personne soignée tés par les praticiens eux mêmes e de soins.

es transmises doivent être des codes à barres des retés.

soins ainsi que les pièces vent être présentées à la CNSS ois qui suivent le premier acte l y a traitement médical continu. cas, le dossier doit être présenté : (60) jours qui suivent la fin du

nent. des frais engagés sera ase de la tarification nationale de

tions ne peuvent donner lieu au que suite à accord préalable. nières est disponible auprès de SS.

s aux accidents du travail et ionnelles ne sont pas couverts.

coupable de fraude ou de fausse - obtenir des prestations qui ne st passible des sanctions légales s.

remboursement prise par la lonnée au respect des conditions t de ce qui précède.

توقيع وطابع الوكالة et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإقليمي Réserve à la DAMO
agent	
تاريخ الاستلام	Date d'arrivée

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 المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للحسمان 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 المستحقة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة. لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للحسمان الاجتماعي.

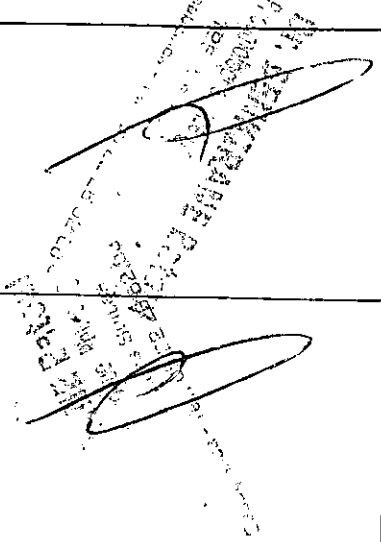
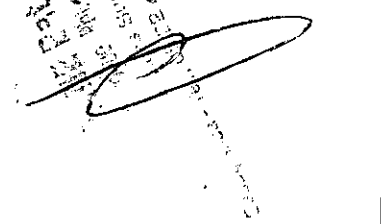
الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمسطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للمضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

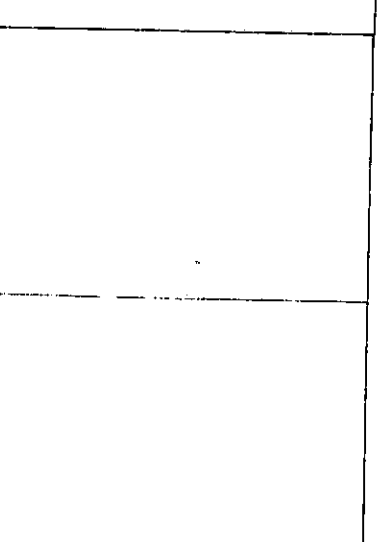
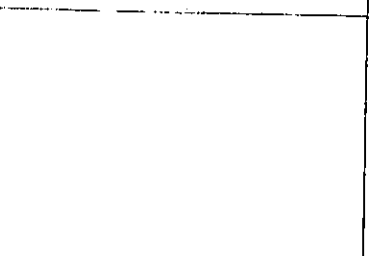
Le devoir de vous protéger	Entente préalable *	Exécution *	مرجع رقم 610-1-02
N° Dossier : 006302274			
Partie réservée à l'assuré(e) بن بالمؤمن له (الها)			
Nom et prénom : DUMUR AZIZA ep Djedid العائلي والشخصي			
N° Immatriculation : 134812022 التسجيل : 134812022			
N° CIN : 134812022 بطاقة التعريف الوطنية			
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : Mm Mm (الها) القرابة بين المستفيد والمؤمن له (الها)			
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input type="checkbox"/> ابن			
Adresse : 134812022 المصاريف : 415.0 Dhs			
Montant des frais : المصاريف : 415.0 Dhs			
Nombre de pièces jointes : الوثائق المرفقة :			
Déclaration du médecin traitant ييج الطبيب المعالج			
Bénéficiaire de soins تفيد من العلاجات			
Nom et prénom : Dumur Aziza م العائلي والشخصي			
Date de naissance : 134812022 2 الأزياد :			
N° CIN : 134812022 لقة التعريف الوطنية :			
Sexe : M <input type="checkbox"/> ذكر F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى			
INPE et code à barres ** الوطني الاستدالي والرقم المشفر **			
Médecin traitant الطبيب المعالج		Etablissement de soins المؤسسة العلاجية	
Type de soins* العلاجات			
Hospitalisation <input type="checkbox"/> استشفاء Maternité <input type="checkbox"/> أمومة Accident <input type="checkbox"/> حادثة Maladie <input checked="" type="checkbox"/> مرض			
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : 29/11/2019		Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : 29/11/2019	
Le : 29/11/2019		Le : 29/11/2019	
Toujours le Signature de l'assuré(e)		Toujours le Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins	



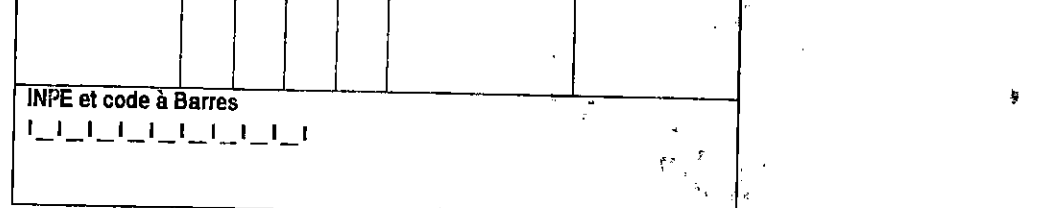
تاريخ actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
2/11/19	C G			
0004198804 _____				
5/11/19	C S		300DA	
de à Barres : 091198804				

CIM-10

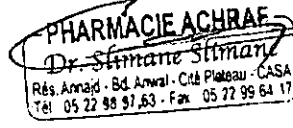
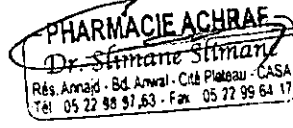
ramédicaux

تاريخ actes	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
					
e à Barres _____					
					
e à Barres _____					

I-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiol Biologiste
INPE et code à Barres _____				
INPE et code à Barres _____				

مفاتيح التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة  
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	القيمة المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien Fournisseurs des dispositifs méd
05/11/19	118.50	
INPE et code à Barres _____		
INPE et code à Barres _____		
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	السعر الإجمالي Prix Total

## Docteur Batoul BENKIRANE

Pneumologue - Allergologue - Phtisiologue  
Adultes et Enfants



Asthme - Allergies Respiratoires  
Tuberculose - Sevrage tabagique  
Ronflements et Apnées du Sommeil  
Spirométrie - Echographie Thoracique  
Bronchosopie - Tests Cutanés

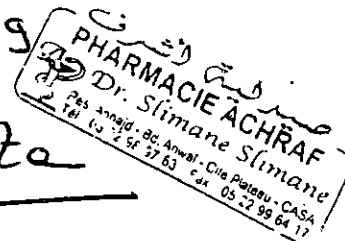
## الدكتورة الباتول بنكيران

إختصاصية في امراض الجهاز التنفسي والحساسية  
كبار وأطفال

الضيق. الحساسية  
السل . الإقلاع عن التدخين  
الشخير وتوقف التنفس أثناء النوم  
فحص الوظيفة التنفسية . الفحص بالصدى  
الفحص بالمنظار . إختبار الحساسية

Casablanca, le 28/10/19

Mme Dumur Aziza



55,100 x 2/110,100

2/ Amoxil 1g (cp)

1 cp x 3/j p dt 7j

18,40

2/

Solu pred 20mg (cp)

3cp/j le matin

p dt 5j TSV →

3/ Apixol (spray Gorge)

1 Application x 3/j  
pat 5j

4/ Apixol (sirop)

1 cã s x 3/j pat 5j

71,10

5/

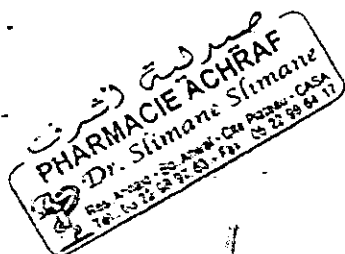
243,90

stérimer (spray nasal)

1 Application x 3/j

S.V

SP



AMOXIL 1g  
12 comprimés dispersibles



LOT  
FE80406  
M: 2018/02  
2021/02

AMOXIL 1g  
12 comprimés dispersibles



Solupred® 20mg  
Prednisolone

Solupred® 20 mg  
20 Comprimés  
effervescent





Docteur Batoul BENKIRANE

Pneumologue - Allergologue - Phtisiologue

Adultes et Enfants

Asthme - Allergies Respiratoires  
Tuberculose - Sevrage tabagique  
Ronflements et Apnées du Sommeil  
Spirométrie - Echographie Thoracique  
Bronchosopie - Tests Cutanés



الدكتورة الباتول بنكيران

إختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي والحساسية

كبار وأطفال

الضيق. الحساسية  
السل . الإقلاع عن التدخين  
الشخير وتوقف التنفس أثناء النوم  
فحص الوظيفة التنفسية . الفحص بالصدى  
الفحص بالمنظار . إختبار الحساسية

Casablanca, le 28/10/19

Mme Dumar Azize

Rx Dio Thorax (face)

196 شارع مرس السلطان، إقامة الخنساء، الطابق 1، الشقة 13 - الدار البيضاء  
196 Avenue Mers Sultan, Résidence Al Khansa, 1<sup>er</sup> Etage, Appt.13 - Casablanca  
Tél.: 05 22 26 52 08 / GSM : 06 61 08 84 46 - E-mail : dr.benkirane.batoul@gmail.com

Docteur Batoul BENKIRANE

Pneumologue - Allergologue - Phthisiologue

Adultes et Enfants

Asthme - Allergies Respiratoires

Tuberculose - Sevrage tabagique

Ronflements et Apnées du Sommeil

Spirométrie - Echographie Thoracique

Bronchosopie - Tests Cutanés



الدكتورة الباتول بنكيران

إختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي والحساسية

كبار وإطفال

الضيق. الحساسية

السل . الإقلاع عن التدخين

الشخير وتوقف التنفس أثناء النوم

فحص الوظيفة التنفسية . الفحص بالصدى

الفحص بالمنظار . إختبار الحساسية

Casablanca, le 28/10/19

Mme Dumur Aziza

facture Radio Thorax

(face) : 200DH

(deux cents dinars)

196 شارع مرس السلطان، إقامة الخنساء، الطابق 1، الشقة 13 - الدار البيضاء

196 Avenue Mers Sultan, Résidence Al Khansa, 1<sup>er</sup> Etage, Appt.13 - Casablanca

Tél.: 05 22 26 52 08 / GSM : 06 61 08 84 46 - E-mail : dr.benkirane.batoul@gmail.com

Docteur Batoul BENKIRANE

Pneumologue - Allergologue - Phthisiologue

Adultes et Enfants

Asthme - Allergies Respiratoires  
Tuberculose - Sevrage tabagique  
Ronflements et Apnées du Sommeil  
Spirométrie - Echographie Thoracique  
Bronchosopie - Tests Cutanés



الدكتورة الباتول بنكيران

إختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي والحساسية

كبار وأطفال

الضيق. الحساسية  
السل . الإقلاع عن التدخين  
الشخير وتوقف التنفس أثناء النوم  
فحص الوظيفة التنفسية . الفحص بالصدى  
الفحص بالمنظار . إختبار الحساسية

Casablanca, le 5/11/19

Mme Dumur Azize

79.70

1/

Azix 500 mg (cp)

1cp / J post 3<sup>h</sup> le

Martin

38.80

2/

Muxoel (sinep)

118.50

1cò s x 3/J

Dr. BENKIRANE Batoul

196 Avenue Mers Sultan, Résidence Al Khansa, 1<sup>er</sup> Etage, Appt. 13 - Casablanca

Tél.: 05 22 26 52 08 / GSM : 06 61 08 84 46 - E-mail : dr.benkirane.batoul@gmail.com

PHARMACIE ACHRAF

Dr. Slimane Slimane

196 Avenue Mers Sultan, Résidence Al Khansa, 1<sup>er</sup> Etage, Appt. 13 - Casablanca

Tél.: 05 22 26 52 08 / GSM : 06 61 08 84 46 - E-mail : dr.benkirane.batoul@gmail.com





البيان الدوري لتعويضات التأمين  
الصحي الإجباري

Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين  
الصحي الإجباري

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

Emis à : CASABLANCA  
Le : 06/01/2020

أصدر ب :  
بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 189812822

رقم التسجيل

Règlements de la période

أداءات الفترة

du : 01/12/2019

من

au : 31/12/2019

إلى

Destinataire

المرسل إليه

DJEDIDI AZIZA NEE DUMUR

RES ENNAJD 1 AV STENDHAL IMM 9 APT 94 CITE  
PLATEAU 20390 CASABLANCA-MAROC

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	Coef.	Quantité	Base de rembour- sement	Taux de rembour- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
DJEDIDI AZIZA NEE DUMUR											
63834266	05/11/2019	CS	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	150,00	1.0	1,00	150,00	70,00	17/12/2019	105,00
63834266	05/11/2019	PH	PHARMACIE	79,70	79,70	1.0	1,00	79,70	70,00	17/12/2019	55,79
63834266	05/11/2019	PHN	PHARMACIE	38,80	38,80	1.0	1,00	38,80	0,00	17/12/2019	0,00
63854912	28/10/2019	CS	MEDECIN SPECIALISTE	200,00	150,00	1.0	1,00	150,00	70,00	24/12/2019	105,00
63854912	28/10/2019	Z	MEDECIN SPECIALISTE	200,00	160,00	1.0	1,00	160,00	70,00	24/12/2019	112,00
63854912	28/10/2019	PH	PHARMACIE	243,90	168,40	1.0	1,00	168,40	70,00	24/12/2019	117,88
Total remboursé											495,67
Total général remboursé											495,67

- 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

للمعلومات:  
رقمنا الإلكتروني  
للمؤمن لهم

على الرقم  
الضمان على الأرقام

Date : lundi 9 décembre 2019 التاريخ:  
Heure : 10 h 31 UTC الساعة:

Destinataire :

المرسل إليه:

DJEDIDI AZIZA NEE DUMUR  
RES ENNAJD 1 AV STENDHAL IMM 9 APT 94 CITE PLATEAU  
20390  
CASABLANCA



63834266

N° CNSS	189812822	رقم ص.و.ض.ج.
N° de la Carte Nationale d'Identité	B282971	رقم البطاقة الوطنية للتعريف
Type dossier	Dossier de remboursement	نوع الملف
Valeur du dossier	418.5 Dhs	قيمة الملف
Nombre de pièce (y compris les feuilles de soins)	3 Pièces	عدد الوثائق (بما فيها أوراق العلاجات)
Bénéficiaire	DJEDIDI AZIZA NEE DUMUR	المستفيد

Madame, Monsieur,

Nous avons bien reçu votre demande et elle sera transmise au service compétent.

سيدي، سيدي،

لقد توصلنا بطلبكم وسيتم إحالته على المصلحة المختصة.

Les traitements des données à caractère personnel sont conformes à la loi 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements des données à caractère personnel.

تتم معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي طبقاً لمقتضيات القانون 09-08 المتعلق بحماية الأشخاص الذاتيين تجاه معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي

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

05 22 41 80 63

الفاكس

Fax

05 22 68 01 93

الهاتف

Tél

CASABLANCA

المدينة

Ville

139, Angle Avenue Mers Sultan

et rue Zerhoun

العنوان

Adresse

MERS SULTAN

وعدة

Agence

Date : vendredi 1 novembre 2019 التاريخ:  
Heure : 09 h 34 UTC الساعة:

Destinataire :

المرسل إليه:

DJEDIDI AZIZA NEE DUMUR  
RES ENNAJD 1 AV STENDHAL IMM 9 APT 94 CITE PLATEAU  
20390  
CASABLANCA



63854912

N° CNSS	189812822	رقم ص.و.ض.ج.
N° de la Carte Nationale d'Identité	B282971	رقم البطاقة الوطنية للتعريف
Type dossier	Dossier de remboursement	نوع الملف
Valeur du dossier	743.9 Dhs	قيمة الملف
Nombre de pièce (y compris les feuilles de soins)	8 Pièces	عدد الوثائق (بما فيها أوراق العلاجات)
Bénéficiaire	DJEDIDI AZIZA NEE DUMUR	المستفيد

Madame, Monsieur,

سيدتي، سيدي،

Nous avons bien reçu votre demande et elle sera transmise au service compétent.

لقد توصلنا بطلبكم وسيتم إحالته على المصلحة المختصة.

Les traitements des données à caractère personnel sont conformes à la loi 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements des données à caractère personnel.

تتم معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي طبقا لمقتضيات القانون 09-08 المتعلق بحماية الأشخاص الذاتيين تجاه معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي

Pour plus d'informations :

merci de visiter notre site Web

[www.cnss.ma](http://www.cnss.ma)

ou le portail des assurés

[www.cnss.ma/Portail/](http://www.cnss.ma/Portail/)

ou l'application mobile

Ma CNSS

ou appeler notre serveur vocal au numéro

080 20 30 100

ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

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 الوضمان على الأرقام

05 22 41 80 63

Fax

05 22 88 01 93

Tél CASABLANCA

المدينة

139, Angle Avenue Mers Sultan  
et rue Zerhoun

العنوان  
Adresse

MERS SULTAN

وكالة  
Agence



**Docteur Batoul BENKIRANE**  
Pneumologue - Allergologue - Phytisiologue  
Adultes et Enfants



**الدكتورة الباتول بنكيران**  
إختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي والحساسية  
كبار و أطفال

Asthme - Allergies Respiratoires  
Tuberculose - Sevrage tabagique  
Influenza et Apnées du Sommeil  
Spirométrie - Echographie Thoracique  
Bronchoscopie - Tests Cutanés

الضيق . الحساسية  
السل . الإقلاي عن التدخين  
الشخير وتوقف التنفس أثناء النوم  
فحص الوظيفة التنفسية . الفحص بالصدى  
الفحص بالمنظار . إختبار الحساسية

Casablanca, le ... 28/10/19

## Compte rendu Radio du Thorax (Face)

Mme Dumur Aziza

- Distension thoracique
- Elargissement des espaces intercostaux
- Syndrome bronchique bilatéral
- Pas de foyer de pneumopathie
- Pas de pleurésie
- Silhouette cardio-médiastinale d'allure normale