

# 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.

N° W19-517446

NP = 1866

**Maladie**       **Dentaire**       **Optique**       **A**

Cadre réservé à l'adhérent(e)      Société :

Matricule : 0566

**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 :

Lien de parenté :  **Lui-même**       **Conjoint**

Age :      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'at. 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

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux
				<input type="text"/>
				<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>
				<b>Début d'exécution</b> <input type="text"/>
				<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	<input type="text"/>
				<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>
				<b>Date du devis</b> <input type="text"/>
				<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>
Visa et cachet du praticien attestant le devis				Visa et cachet du praticien attestant l'exécution

<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : .....	<b>Mle</b>
<b>DECLARATION N°</b>		<b>P 14 /0019574</b>	 <b>MUPRAS</b> Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc
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**

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 7566	Signature de l'adherent
Nom & Prénom Djedid YOUNES			
Fonction Rehauté	Phones 0663022140		
Mail			
MEDECIN	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'peutouies 2 Dossiers Montaut global		11 62,40	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
			et autres honoraires
PHARMACIE		Date	
Montant de la facture		Signature et cachet du medecin	
		Signature et cachet du Pharmacien	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
		CACHET	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
		CACHET	

### تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حادث.

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 الشرطي 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.

يسمى تعويض المبالغ المصرفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يطلب رهينا بطلب الموافقة المسقفة.

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 يسمى ذكره.

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  
la tarification nationale de

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

accidents du travail et  
elles ne sont pas couvertes.

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.

توقيع وطابع الو  
ignature de l'Agence

خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Réservé à la DAMO



### ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

#### Feuille de Soins Maladie

موافقة مسبقة \*  
Entente préalable \*

تنفيذ \*  
Exécution \*

مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie  
Obligatoire

مرجع رقم 610-1-02

Ref. ANAM : 120101

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom :

N° Immatriculation :

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) \* ملقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) :

Conjoint

زوج

Enfant

ابن

Adresse :

Montant des frais :

درهم 703 Dhs

Nombre de pièces jointes :

743,90 3/100

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe :

INPE : code à barres \*\*

Dumm A7120

021-461-524

M ذكر

F أنثى

INPE: 091198804

Médecin traitant  
الطب 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 :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه  
في :

Le :

توقيع المؤمن له

Je déclare les informations ci-dessus  
sincères et véritables.  
Fait à :

Le :

تصريح بمصداقية وصحة  
المعلومات المذكورة أعلاه  
في :

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Le : 18/10/2019

ن <sup>o</sup> tes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotisation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وظابط الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
15	CS		3000DH	

e à Barres

GIM-10

## ramédicaux

نار tes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المقدور Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
<b>e à Barres</b>					

Le à Barra

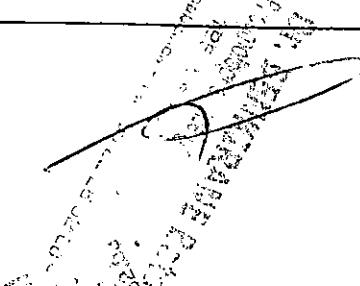
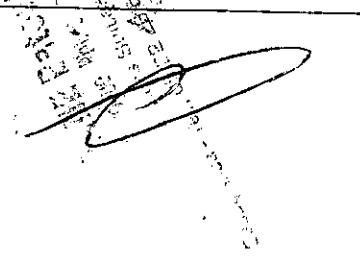
نوع العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	Lettre clé- cotation NGAP / NABM	المبلغ المعمور Montant facturé	Signature et Cachet du Radiologue Biologiste
21/10/19	Leeds Thora		200DH	
INPE et code à Barres				
INPE : 091198604				
INPE et code à Barres				
1111111111111111				

#### **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	Prix Total



ن <sup>o</sup> T <sup>o</sup> تاريخ actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	النوع Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
2/11/19	C G			
de à Barres	091198804			

CIM-10

العمليات المساعدين الطبيين					
ن <sup>o</sup> T <sup>o</sup> تاريخ actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	النوع Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
de à Barres					
de à Barres					

ن <sup>o</sup> T <sup>o</sup> تاريخ actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	النوع Montant facturé	توقيع وطابع الأشعة أو الإيجياني Signature et Cachet du Radiobiologiste

بيانات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة	
ن <sup>o</sup> T <sup>o</sup> تاريخ actes	النوع Montant facturé
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

PHARMACIE ACHRAF  
Dr. Sifiratine Sifiratine  
Rés. Annad - Bd. Annad - Cité Plateau - CASA  
Tél. 05 22 88 97 63 - Fax 05 22 99 64 17

Docteur Batoul BENKIRANE  
Pneumologue - Allergologue - Phthisiologue  
Adultes et Enfants

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



الدكتورة الباطول بنكيران  
اختصاصية في أمراض الجهاز التنفس والحساسية  
كبار وأطفال

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

Casablanca, le

28/10/19

صيغة زعفران  
PHARMACIE ACHRAF  
Dr. Slimane Slimane  
Tél. 05 22 52 53 63 - 05 22 99 64 12  
Dr. Slimane Slimane  
Casablanca - Maroc

55,00 x 2 = 110,00

1) Amsxil 1g (cp)

S.V

1 cp x 3/j p.t 7/j

S.V

2) solu pred 20 mg (cp)

3cp 1j le matin

p.t 5/j → S.V

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

3/ Apixol (spray Gorge)

1 Application x 3/j

pdt 5g

4/ Apixol (sirup)

1 cès x 3/j pdt 5g

S.V

41,10

5/

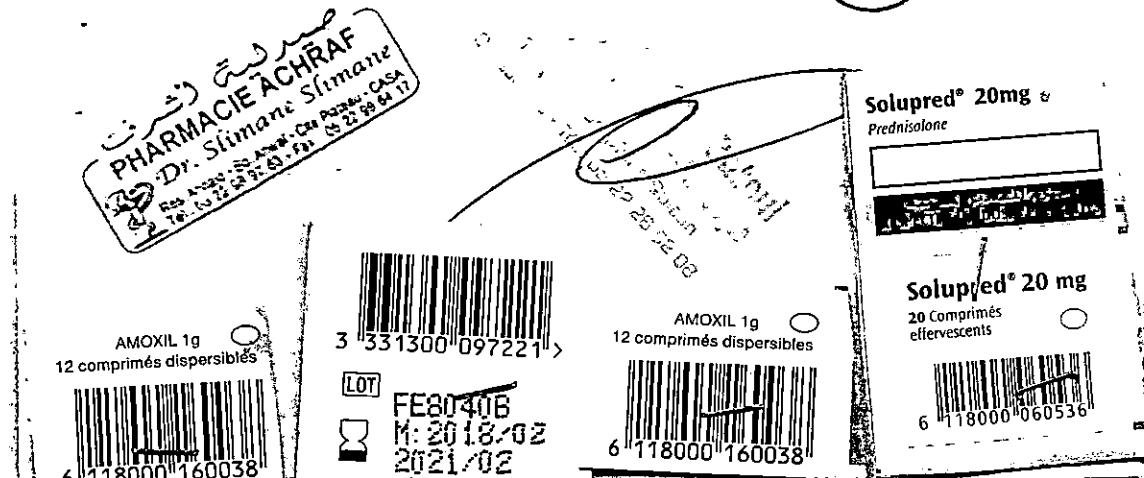
---

243,90

stérimer (spray nasal)

1 Application x 3/j

SP



Docteur Batoul BENKIRANE  
Pneumologue - Allergologue - Phtisiologue  
Adultes et Enfants



الدكتورة الباطول بنكيران  
اختصاصية في أمراض الجهاز التنفسى والحساسية  
كبار وأطفال

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

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

Casablanca, le 28/10/15

Mme Dumar Aziza

Radio 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, App.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 - Physiologue  
Adultes et Enfants

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



الدكتورة باتول بنكيران  
اختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي والحساسية  
كبار وأطفال

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

Casablanca, le ٢٤/١٠/١٩

Mme Dumur Aziza

facture radio thorax

(face) : 200DH

( deux Cents Dirhams )

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 - Phtisiologue  
 Adultes et Enfants



الدكتورة باتول بنكيران  
 اختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي والحساسية  
 كبار وأطفال

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

الضيق. الدسائية  
 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 Aziz

49.70

1)

Azix 500 mg (cp)

SV

1cp/1J p.o. 3/j le

Mentim

SV

38.80

2)

Muxol (sirup)

118.80

Acès x 3/j

Dr. BENKIRANE P.C.

196 Avenue Mers Sultan, Résidence Al Khansa, 1<sup>er</sup> Etage, Appart. 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, Appart. 13 - Casablanca  
 Tél.: 05 22 26 52 08 / GSM : 06 61 08 84 46 - E-mail : dr.benkirane.batoul@gmail.com

شارع مرس بنكيران، 196  
 شقة 13 - الدار البيضاء  
 196 Avenue Mers Sultan, Résidence Al Khansa, 1<sup>er</sup> Etage, Appart. 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  
Réf. : 610-2-06  
مرجع رقم : 610-2-06

	Emis à : Le : 06/01/2020	CASABLANCA أصدر : بتاريخ : 06/01/2020	Page 1 / 1	الصفحة
N° d'immatriculation Règlements de la période	189812822 du : 01/12/2019 au : 31/12/2019	رقم التسجيل أداءات الفترة من : إلى	Destinataire DJEDIDI AZIZA NEE DUMUR RES ENNAJD 1 AV STENDHAL IMM 9 APT 94 CITE PLATEAU 20390 CASABLANCA-MAROC	المرسل إليه

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la période précitée.

تجدون أدناه مجلل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي  
استفدت منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنبو الصحة	مبلغ المصروفات	التعريفة 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	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
<b>DJEDIDI AZIZA NEE DUMUR</b>											
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
<b>Total remboursé</b>											<b>495,67</b>
<b>Total général remboursé</b>											<b>495,67</b>

- 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

لومات:  
موقعنا الإلكتروني  
في الميزان لهم

على الرفق  
الضمان على الأرقام

Date : lundi 9 décembre 2019  
النارخ:

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



N° CNSS	189812822	رقم ص.و.ض.ج
N° de la Carte Nationale d'Identité	B282971	رقم البطاقة الوطنية للتعرف
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.

لقد توصلنا بطلبكم وسيتم إحالته على المصلحة المختصة

سيدي، سيدتي،

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.

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

المرزيد عن المعلومات :

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني

أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم

أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بالجيب الآلي على الرقم

أو الاتصال بمركز الاتصال أو المضمان على الأرقام

05 22 41 80 63

النوع

النوع

النوع

النوع

Fax 05 22 88 01 83

النوع

النوع

النوع

النوع

Tél

Tél

Tél

Tél

CASABLANCA

Ville

Ville

139, Angle Avenue Mers Sultan  
et rue Zarhoun

العنوان

Adresse

MERS SULTAN

وكلة

Agence

Date : vendredi 1 novembre 2019 التاریخ:  
Heure : 09 h 34 UTC الساعۃ:

Destinataire :

المرسل اليه:

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 للتعرف
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,

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

لقد توصلنا بطلبكم وسيتم إحالته على المصلحة المختصة.

سيلاطي، سيدى،

تم معالجة المعلومات ذات الطابع الشخصي طبقاً لمقتضيات القانون 09-08 المتعلق بحماية الأشخاص الذين تجاه معالجة المعلومات ذات الطابع الشخصي

Pour plus d'informations :

merci de visiter notre site Web

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

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني

ou le portail des assurés

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

أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم

ou l'application mobile

Ma CNSS

أو تطبيق الهاتف

ou appeler notre serveur vocal au numéro

080 20 30 100

أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم

ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

080 203 3333 / 080 200 7200

أو الاتصال بمركز الاتصال إلى الضمان على الأرقام

05 22 41 80 83

الفاكس

الهاتف

العنوان

المدينة

العنوان

139, Angle Avenue Mers Sultan

العنوان

MERS SULTAN

وكالة

Agence

et rue Zerhoun

Dr Batoul BENKIRANE  
Pneumologue - Allergologue - Phtisiologue  
Adultes et Enfants



الدكتورة باتول بنكيران  
اختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي والحساسية  
كبار وأطفال

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

الضيق . الحساسية  
السل . الإقلاع عن التدخين  
الشذوذ وتوقف التنفس أثناء النوم  
فحص الوظيفة التنفسية . الفحص بالصدف  
الفحص بالمنظار . اختبار الحساسية

Casablanca, le ... 21/10/19

## 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