

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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.



59134

**Déclaration de Maladie : N° P19-0019725**

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2411 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : M. Mohamed Ouassou Date de naissance :  
Adresse : Hs le même  
Tél. : 06 62 41 6030 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 ☐ 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 déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA

Le : 10 / 02 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :



## Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, ...).

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

Les ordonnances transmises doivent être accompagnées des codes à barres des médicaments achetés.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNSS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Certaines prestations ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à accord préalable. La liste de ces dernières est disponible auprès de tout le réseau CNSS.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

## تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

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

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

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المسترقة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الاتية 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 التعريف الوطنية المرجعية.

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

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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

توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent : .....	تاريخ الاستلام : .....
Date de dépôt du dossier: .....	Date d'arrivée: .....

		<b>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</b> <b>Feuille de Soins Maladie</b>		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم 610-1-02	RÉF:ANAM : 12.01.01
موافقة مسبقة Entente préalable		تنفيذ Exécution			
<b>N° Dossier :</b>					
<b>Partie réservée à l'assuré(e)</b>					
خاص بالمؤمن له (ها)					
الاسم والعائلي والشخصي : <b>AR RAS Houe Sline</b>					
رقم التسجيل : <b>1173132222</b>					
رقم بطاقة التعريف الوطنية : <b>1381214</b>					
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (ها) :					
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/>					
Adresse : <b>175 la même</b>					
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) :					
Montant des frais : <b>3 062,82 DHS</b>					
مبلغ المصاريف :					
Nombre de pièces jointes : <b>10</b>					
عدد الوثائق المرفقة :					
<b>Déclaration du médecin traitant</b>					
تصريح الطبيب المعالج					
Bénéficiaire de soins					
المستفيد من العلاجات					
Nom et prénom :					
الاسم والعائلي والشخصي :					
Date de naissance :					
تاريخ الميلاد :					
N° CIN :					
رقم بطاقة التعريف الوطنية :					
Sexe :					
الجنس :					
INPE et code à barres :					
الرقم الوطني الاستدلالي والرقم القياسي :					
Médecin traitant					
الطبيب المعالج					
Etablissement de soins					
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"/> إصابة <input type="checkbox"/> Maladie <input checked="" type="checkbox"/> مرض					
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.					
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه					
Fait à :					
Le :					
توقيع المؤمن له					
Signature de l'assuré(e)					
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.					
أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه					
Fait à :					
Le :					
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية					
Cache et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins					

- \* Cocher la mention utile pour chaque case  
- \* Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres





 **NOVARTIS**

PPV : 843,00 DH



6 118001 031481

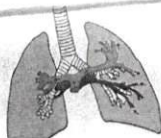
**Bisolvomycine®** 

Tétracycline 250 mg  
Bromhexine 4 mg  
16 comprimés dragéifiés



6 118000 040880

**Dr, Rachid INCHAOUR**  
Spécialiste des maladies Respiratoires  
Faculté de médecine



يا سي امراض الجهاز التنفسي  
خريج كلية الطب بتولوز  
الضيق - السيل - الحساسية

**Dr. Rachid INCHAOUH**

**SPECIALISTE DES MALADIES  
RESPIRATOIRES**

Diplômé de la Faculté de  
médecine de TOULOUSE  
Asthme, Tuberculose, Allergies  
respiratoires, Endoscopie, Spirometrie



**الدكتور رشيد انشاؤه**

اختصاصي في امراض الجهاز  
التنفسي  
خريج كلية الطب  
بتولوز  
الضيق، السل، الحساسية

Casablanca, le .....

13 JAN 2021

**NOTE D'HONORAIRES**

J'ai l'honneur de présenter mes meilleures salutations à

M ARRAS. Monsieur

Et vous adresse selon l'usage, ma note d'honoraires

Soit la somme de : 400,00 dh Pour  
RF DHS.

SIGNATURE

**Dr. Rachid INCHAOUH**  
Spécialiste des Maladies  
Respiratoires  
13, Rue Ain Taoujtate - Casablanca  
Tél.: 0522 48 08 94 - 0522 20 47 40

13, زقة عين توجطات - اقامة إلياس - الطابق الأول (قرب مصحة بدر) - الدار البيضاء  
13, Rue Ain TAOUJTATE - Résidence Ilias - 1er Etage (en Face Clinique BADR) - Casablanca  
المحمول: 061.15.03.63 - الهاتف: 022.48.08.94 - Tél:

**Dr. Rachid INCHAOUH**

Spécialiste des maladies Respiratoires  
Diplômé de la Faculté de médecine  
de Toulouse  
Asthme - Tuberculose - Allergies  
respiratoires - Endoscopie - Spirométrie



**الدكتور رشيد انشاؤه**

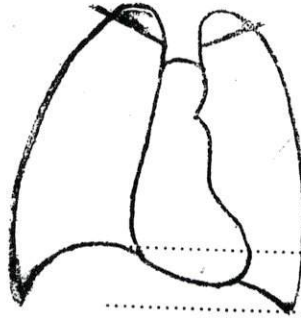
اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي  
خريج كلية الطب بتولوز  
الضيق - السل - الحساسية

TELETHORAX

Casablanca, le : 13 JAN 2021

Nom/Prénom: ..... ALRAS ..... Nouredine

**INTERPRETATION:**



*Silhouette cardiaque normale*

*Distension thoracique* ✓

*Absence de lésions parenchymateuses  
Évolutives*

Honoraire

Z 12 = 200.00 DH

**Dr. Rachid INCHAOUH**  
Spécialiste des Maladies  
Respiratoires - Casablanca

13, Rue Ain Taoujtate - Résidence Ileas - 1<sup>er</sup> Etage (en face Clinique BADR) - Casablanca  
الهاتف : 05 22 48 08 94 / 05 22 20 47 40  
13, زنقة عين توجتات - الطابق الاول (قرب مصحة بدر) - الدار البيضاء



**CABINET DE PNEUMOLOGIE**

Dr Rachid INCHAOUH

EXPLORATION FONCTIONNELLE RESPIRATOIRE

13, Rue AÏN TAOUJTATE, Résidence Ilias Bourgogne tél: 022.48.08.94

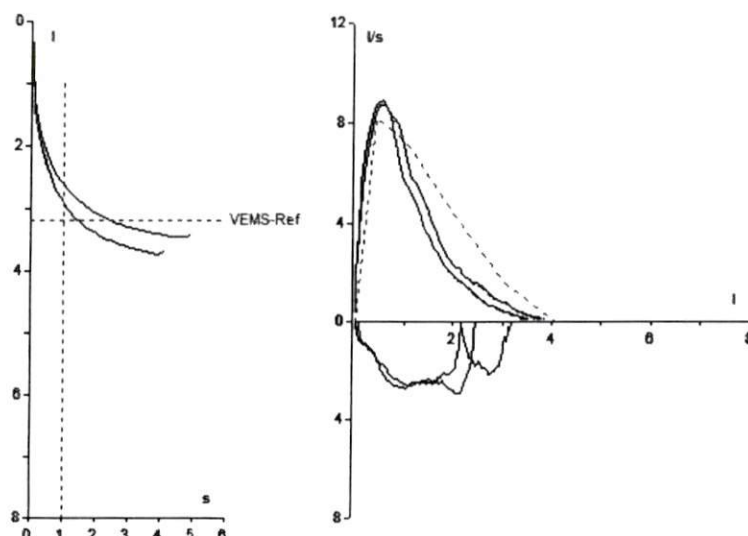
ARRAS, NOUREDDINE

ID-Nr: ARRNOU051257

175 cm, 80 kg,

Remarque: BPCO

mesuré le 13.01.2021 à 08:43 h

**Débit-Volume Pré/Post**

time

08:35

08:43

medicament

VENTOLINE

100 µg/ml

parameter	unit	pred.	LLN	pre %pred.	post %pred.	post%pre
CVF	l	4.10	3.10	3.62 88	3.83 93	6
VEMS	l	3.21	2.37	2.71 84	2.93 91	8
VEMS/CV	%	76	64.07			
VEMS/CVF	%	76	68.70	75 99	77 101	2
DEP	l/s	8.19	6.20	8.73 107	8.88 109	2
DEM75	l/s	7.26	5.55	6.24 86	7.29 100	17
DEM50	l/s	4.33	3.01	2.33 54	2.56 59	10
DEM25	l/s	1.59	0.81	0.71 45	0.98 62	37
DEMM25-75	l/s	3.39	2.35	2.00 59	2.32 69	16

Rint kPa/(l/s) 0.30

Commentaires:

T. U. D. Lével Rest

©1999 ZAN \* Meßgeraete GmbH Allemagne Tel: +49 9736 8181-0

Heure mesure: 13.01.2021/08:43

BTSP: 20/1027/93 [°C/mbar/%]

BPCO

**Dr. Rachid INCHAOUH**  
 Spécialiste des Maladies  
 Respiratoires

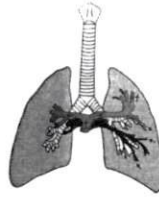
 13, Rue Aïn Taoujtate - Casablanca  
 Tél.: 0522 48 08 94 - 0522 20 47 40

13/01/2021

## Dr, Rachid INCHAOUH

Spécialiste des maladies Respiratoires  
Diplômé de la Faculté de médecine  
de Toulouse

Asthme - Tuberculose - Allergies  
respiratoires - Endoscopie - Spirométrie



## الدكتور رشيد انشاؤه

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي

خريج كلية الطب بتولوز

الضيق - السيل - الحساسية

**Mr ARRAS Nouredine**

13.01.2021

Casablanca, Le : .....

### TDM THORACIQUE

BPCO POST TABAGIQUE TDM DE ROUTINE AVEC CD SVP



Dr Rachid INCHAOUH

**Dr Rachid INCHAOUH**  
Spécialiste des Maladies  
Respiratoires  
13, Rue Ain taoujtat - Casablanca  
Tél.: 0522 48 08 94 - 0522 20 47 40

**Dr. BELYAMANI Khalid**  
Spécialiste en Imagerie Médicale  
4, Rue Socrate - Casablanca  
Tél : 022.39.07.07

13 زنقة عين توجطات - إقامة إلياس - الطابق الأول ( قرب مصحة بدر ) الدار البيضاء

13, Rue Ain taoujtat-Résidence Iliass 1<sup>er</sup> Etage (en Face Clinique BADR) - Casablanca

الهاتف : 05 22 48 08 94 / 05 22 20 47 40



# GROUPE RADIOLOGIQUE DE CASABLANCA

## SCANNER - IRM

- ECHOGRAPHIE
- DOPPLER - DOPPLER ENERGIE
- RADIOLOGIE DENTAIRE



- SENOLOGIE
- STEREOTAXIE MAMMAIRE
- RADIODIAGNOSTIC

## Centre d'imagerie médicale

Dr. K. Belyamani  
Dr. H. Bengelloun  
Dr. Z. Tazi chaoui

13/01/2021

PATIENT                      ARRAS NOUREDDINE

MEDECIN TRAITANT      INCHAOUH RACHID

### SCANNER THORACIQUE :

#### TECHNIQUE :

Examen TDM pratiqué en acquisition spirale volumique millimétrique, sans injection de produit de contraste.

#### RESULTATS :

Poumons de volume normal, ne présentant pas d'anomalie de leur architecture et de leur densité.

Absence de lésion interstitielle parenchymateuse pulmonaire.

Absence de foyer systématisé.

Pas d'anomalie pleurale.

Pas d'adénopathies médiastinales.

#### AU TOTAL :

TDM thoracique normale.

DR. K. BELYAMANI  
Dr. BELYAMANI Khalid  
Spécialiste en Imagerie Médicale  
Rue Socrate - Casablanca

## - ECHOGRPHIE

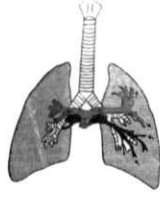
**- SENOLOGIE**

Dr. K.BELYAMANI  
Dr. Z.TAZI CHAOUI  
Dr. H. BENGELLOUN

4, Rue Socrate, ( Rond point Romandie ) Case postale 780 TEL : 05 22 39 07 07 FAX : 05 22 39 03 03  
PATENTE : 35806746 IF : 01312 ICE : 00 66 48 00 00 90 WB RUE CHENIER 007780000372 1000 00 12 37

## Dr, Rachid INCHAOUH

Spécialiste des maladies Respiratoires  
Diplômé de la Faculté de médecine  
de Toulouse  
Asthme - Tuberculose - Allergies  
respiratoires - Endoscopie - Spirométrie



## الدكتور رشيد انشاؤه

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي  
خريج كلية الطب بتولوز  
الضيق - السيل - الحساسية

### Mr ARRAS Nouredine

13.01.2021

Casablanca, Le : .....

843,00

ULTIBRO

1 le matin, pendant 1 mois.



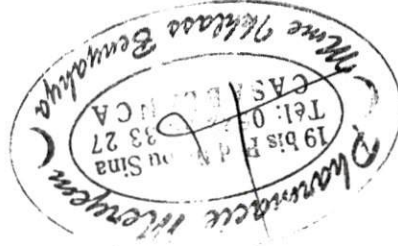
Dr Rachid INCHAOUH

Dr. Rachid INCHAOUH  
Spécialiste des Maladies  
Respiratoires  
13, Rue Ain taoujtat - Casablanca  
Tél.: 0522 48 08 94 - 0522 20 47 40

2 Bisulungee -

19,80182100

86280



13 زنقة عين توجطات - إقامة إلياس - الطابق الأول ( قرب مصحة بدر ) الدار البيضاء

13, Rue Ain taoujtat-Résidence Iliass 1<sup>er</sup> Etage ( en Face Clinique BADR ) - Casablanca  
الهاتف : 05 22 48 08 94 / 05 22 20 47 40