

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.

Ordonnance :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Éducation :

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.

Prothèse :

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.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



Déclaration de Maladie
N° M20- 0009673

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5193 Société : RAM 66177

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SHAMI Fatima

Date de naissance : 01-07-1958

Adresse : R. SAWAA, ANGLE Rue Ibnou KALAKI N° 130

Boulevard Bougacine CASA

Tél. : 0605904320 Total des frais engagés : 2130,79 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 : 05/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

MUPRAS

Référence structurée : 201199846664443

Emis à Casablanca le : 17/11/2020

Page : 1

Identifiant de la famille تعريف العائلة

KSAR MOHAMED
130 BD DE BOURGOGNE RES SANAA ETG 02 APPT 06
BOURGOGNE
CASABLANCA 2005

N° d'immatriculation: 159689128
Règlement du mois : 11/2020
Mode de paiement : Virement

Informations :

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام Réf. accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريف المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
KSAR MOHAMED										
063759504	17/09/2020	C	ETABLISSEMENT CHU	60,00	50,00	1,00	1,00	50,00	90	45,00
063759504	17/09/2020	B	BIOLOGIE	70,00	1,10	50,00	1,00	55,00	70	38,50
063759504	17/09/2020	PH	PHARMACIE	317,50	309,00	1,00	1,00	309,00	70	216,30
063759506	09/10/2020	CS	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
063759506	09/10/2020	KC	MEDECIN SPECIALISTE	500,00	338,00	1,00	1,00	338,00	70	236,60
063759506	09/10/2020	PHN	PHARMACIE	39,60	39,60	1,00	1,00	39,60	00	0,00
063759506	09/10/2020	PH	PHARMACIE	117,60	30,60	1,00	1,00	30,60	70	21,42
063759505	13/10/2020	C	ETABLISSEMENT PRIVE	80,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70	56,00
063759505	13/10/2020	Z	ETABLISSEMENT PRIVE	2 000,00	1 000,00	1,00	2,00	2 000,00	70	1 400,00
063759505	13/10/2020	PHN	PHARMACIE	71,30	71,30	1,00	1,00	71,30	00	0,00
063759505	13/10/2020	PH	PHARMACIE	22,00	17,10	1,00	1,00	17,10	70	11,97
Total remboursé pour MOHAMED										2 130,79
Total général remboursé										2 130,79

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

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 un 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 un 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 و لكل 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 المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق 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 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهنا بطلب الموافقة المسبقة. لانحة 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 للإستفادة 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 : Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :	Date d'arrivée : تاريخ الإستلام :

	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *	مرجع رقم 1-03-610 Réf. : 610-1-03
N° Dossier : 0605904320		
Partie réservée à l'assuré(e)		
Nom et prénom : KSAR Mohamed		
N° Immatriculation : 159689128		
N° CIN : B 99405		
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/>		
Adresse : R. SAVAT, ANGLO RUE IBRAHIM KALAKIS, Bd. Bougama N° 130 CASA		
Montant des frais : 2.143.300 Dhs.		
Nombre de pièces jointes : 3		
Déclaration du Médecin traitant		
Bénéficiaire de soins		
Nom et prénom :		
Date de naissance :		
N° CIN :		
Sexe * : M <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>		
INPE et code à barres **		
Médecin traitant الطبيب المعالج	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية	
Type de soins		
Admission ALD * : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
N° dossier ALD :		
Code ALD :		
Maladie * <input type="checkbox"/> مرض * <input type="checkbox"/> Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء *		
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.		
Fait à : 13/10/2020		
Le : 13/10/2020		
Tوقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins		
Signature de l'assuré (e)		

* 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.

دار المومنين - ساحة دافار - الدار البيضاء من ب. 2186 - الدار البيضاء المحطة - الهاتف 080 200 7200 / 080 203 3333

Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa Téléphone 080 200 7200 / 080 203 3333

22. Avez-vous
 des douleurs
 dans les
 articulations
 ou dans les
 muscles
 du cou, du
 dos, des
 bras, des
 jambes
 ou ailleurs
 du corps
 (indiquer la
 localisation
 et la nature
 de la douleur)
 Date: 10/10/82

Renseignements Cliniques

Examen de demande

15. S. ou Mutuelle

OU MALADE

Mr Khou

ERG CHALLEF

URITE SOCIALE

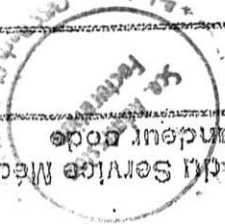
CLINIQUE DE LA

LAUME DU MAROC

N° 004954

Demande d'Examen d'IMAGERIE MEDICALE

Nom du Service Médical
demandeur code



1/82



INPE 090001512
ICE 001757364000080

Polyclinique
Derb-Ghalef

مصلحة الفحص بالأشعة

SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : 13/10/2020

Patient (e) : KSAR MOHAMED

TDM CEREBRALE

TECHNIQUE

Examen réalisé sans injection du produit de contraste en coupes axiales en mode hélicoïdal.

RESULTAT

Structures médianes en place.

Absence d'anomalies de densité à l'étage sus ou sous tentoriel.

Système ventriculaire de morphologie normale.

Fosse cérébrale postérieure est de morphologie normale

CONCLUSION

TDM cérébrale est sans particularité.

☐ I.R.M
(1.5 Tesla)

☐ Scanner
(Corps Entier)

☐ Radiologie
Numérique

☐ Echo-Doppler
(Couleur)

Dr MASTOUR MOHAMED
Radiologue
Polyclinique CNSS
Derb Ghalef

Dr MESTOUR



INPE 090001512
ICE 001757364000080

Polyclinique
Derb-Ghalef

SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : 13/10/2020

Patient (e) : KSAR MOHAMED

TDM THORACIQUE

TECHNIQUE

Examen réalisé en coupes axiales en mode hélicoïdal sans injection du produit de contraste.

RESULTAT

Surcharge basale bilatérale.

Absence de nodule pulmonaire

Absence de foyer parenchymateux de type évolutif notable.

Absence d'image de dilatation des bronches.

Absence d'épanchement pleural.

CONCLUSION

Surcharge vasculaire basale bilatérale.

Absence d'autre anomalie par ailleurs.

☐ I.R.M
(1.5 Tesla)

☐ Scanner
(Corps Entier)

☐ Radiologie
Numérique

☐ Echo-Doppler
(Couleur)

DR MASTOUR MOHAMED
Radiologue
Polyclinique CNSS
Derb Ghalef

DR MESTOUR

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
20100 CASABLANCA
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
NPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 1171737	N° SEJOUR : 200064693	FACTURE N° 2005039616		DATE D'ENTREE : 13/10/2020	DATE DE SORTIE : 13/10/2020
ASSURE :		UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : KSAR,Mohamed	
MALADE : KSAR,Mohamed					
MOM JEUNE FILLE :					
TIERS PAYANT 1 :					
TIERS PAYANT 2 :					
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :			

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE RADIOLOGIE TDM	TDM	2.00	1000.00	2000.00					0.00	2000.00

Intervenant : 08102007 DR MESTOUR MOHAMED	TOTAUX :	2000.00							2000.00
---	----------	---------	--	--	--	--	--	--	---------

Je certifie la présente facture à la somme de :
DEUX MILLE

PLAFOND PC :

REMISE : 0.00 REGLE : ACOMPTE :

RESTE DU : 2000.00

DATE FACTURE : 13/10/2020 EDITEE LE : 13/10/2020 PAR: SAAD

SA

ACCIDENT DE TRAVAIL N° DE POLICE DATE AT :

Réglement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef
BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA
N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
20100 CASABLANCA
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP :	1171737	N° SEJOUR :	200064840	FACTURE N° 2005039690	DATE D'ENTREE : 13/10/2020		DATE DE SORTIE : 13/10/2020	
ASSURE :					DESTINATAIRE :			
MALADE : KSAR,Mohamed				UF: 5002 URGENCES	KSAR,Mohamed			
NOM JEUNE FILLE :				N° IMMAT C.N.S.S :				
TIERS PAYANT 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :				
TIERS PAYANT 2 :								
REF. PC 1 :				REF. PC 2 :	N° SE. SOC. ETRANG. :			

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN.										
CONSULTATION DE GENERALISTE	C	1.00	80.00	80.00					0.00	80.00

Intervenant :	6012012 DR ZGUENDI ABDERRAHMANE (GÉNÉRALISTE)	TOTAUX :	80.00						80.00
---------------	---	----------	-------	--	--	--	--	--	-------

Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE-VINGT DHS	PLAFOND PC :					ACOMPTE :	
	REMISE :	0.00	REGLE :	80.00		AVOIR :	
	RESTE DU :	0.00					

DATE FACTURE :	13/10/2020	EDITEE LE :	13/10/2020	PAR :	MOURAD	ACCIDENT DE TRAVAIL :	
SA :		N° DE POLICE :		DATE AT :			
Règlement à effectuer à l'ordre de :						POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef	
BANQUE :						BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA	
N° compte bancaire :						011 780 0000 70 210 00 60 028 31	



وصفة
ORDONNANCE



Le 13/10/20

7^{me} KSAE 7^{me} KSAE

71,30

Tonkan



71,30

Cest



71,30

93,30



Dr. ZGUENI Abderrahmane
Service des Urgences
Derb Ghalef

Le 17/09/2022

Andamance:

The KSHR Notarised.

288,00

1 - Prasadul 250g
00 - 00 - 02

2 - Tara LKH 250g
02 - 00 - 02

3 - Terna 25g
00 - 00 - 01

4 - Pipahil 25g
314,00

314,00

31/10 14/10/2022

W de 2 semaines

REV 08 08 14Z101

W Le 01/10/2022

009R00

		<p>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p> <p>* Entente préalable *</p> <p>* Exécution *</p>	
<p>Direction de l'Assurance Maladie Département Rég. 610-1-03-03 Rég. 610-1-03-03</p>		<p>06 05 90 43 20</p>	
<p>Partie réservée à l'assuré(e)</p> <p>N° Dossier :</p> <p>N° CIN :</p> <p>Nom et prénom : K. SAR. MAO RANOD</p> <p>N° Immatriculation : 1591689128</p> <p>Relation de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *</p> <p>Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/></p> <p>Adresse : R. S. ANANT, AVEUE RUE TAVOU KALAKIS, Bd. Bouengue N° 130 CMA</p> <p>Montant des frais : 447.50 Dhs.</p> <p>Nombre de pièces jointes : 5</p>		<p>Declaracion du Médicin traitant</p> <p>Bénéficiaire de soins</p> <p>Nom et prénom : _____</p> <p>Date de naissance : _____</p> <p>N° CIN : _____</p> <p>Sexe : * <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Inconnu</p> <p>INPE et code à barres **</p> <p>Médecin traitant</p> <p>10101901050142</p> <p>Etablissement de soins</p> <p>10101901050142</p> <p>Type de soins</p> <p>Admission ALD : * <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>N° dossier ALD : _____</p> <p>Code ALD : _____</p> <p>Maladie * <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Hospitalisation * <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables</p> <p>Fait à : 10/10/2019</p> <p>Le : 10/10/2019</p> <p>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>	



CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA

مختبر التحليلات الطبية

Laboratoire de Biologie Médicale

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - IMMUNOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - P.M.A.



د. هشام الوزاني التهامي

Dr. Hicham OUZZANI TOUHAMI

Pharmacien Biologiste

Ancien interne et Attaché au C.H.U. de Montpellier
D.U. de Fertilité Humaine de la Faculté de Médecine
de Montpellier - D.U. d'Assurance Qualité de la Faculté
de Pharmacie Paris V

Dossier ouvert le : 30-09-2020

Prélevé le : 30-09-2020

Edité le : 30-09-2020

Mr KSAR Mohamed

Réf dossier: 20093573

Page N° : 1 / 1

Valeurs références

Antériorités

PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE

Echantillon sérique

Dosage du Lithium

Date de la dernière prise:

29-09-2020

Heure de la dernière prise:

18:00

Lithium

(Technique colorimétrique)

0.61 mmol/L

(0.60-1.20)

Interprétation :

Concentrations thérapeutiques : 0.6-1.2 mmol/L

Toxicité: >2.0 mmol/L

CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA
Dr. Hicham OUZZANI TOUHAMI

Biologiste

394, Bd. Zerketouni - Casablanca
Tél: 05 22 27 48 98 - Fax: 05 22 27 49 13

Dr. Ouazzani

Prélèvement à domicile sur rendez-vous



CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA



INP 093001006

394, Boulevard Zerktouni – Résidence le Casablanca – Bourgogne – CASABLANCA
Tél : 0522 27 48 96 – Fax : 0522 27 49 13 – Patente : 35405458 – INP : 093001006
CNSS : 6369949 IF : 40110273 – ICE : 001699292000019

FACTURE N° : 200900914

Casablanca le 30-09-2020

Mr KSAR Mohamed

Date de l'examen : 30-09-2020

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E15	E
0125	Lithium	B50	B

Total des B : 50

TOTAL DOSSIER : 70.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : soixante-dix dirhams .

[Signature]
CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA
Dr. Hicham Ouh Zerkouni
394, Bd. Zerktouni - Casablanca
Tél: 05 22 27 48 96 - Fax: 05 22 27 49 13



Hôpital sans Tabac
Fumer Tue

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

BILLET D'EXAMEN

Prénoms et Nom du Malade :

KSAR Mohamed

Date : 19/09/2020

Service :

N° d'Admission :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	RESULTAT D'EXAMEN
<p>Di Shémie de contrôle</p>	<p>CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA Dr. Hicham OUAZZANI TOULAMI Biologiste 394, Bd. Zerkoum - Casablanca Tél: 05 22 27 48 96 - Fax: 05 22 27 49 11</p>

Le Médecin Traitant

Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30
Fax : 05 22 29 94 83

Ins

Eta
évé
La
les
m
L
d
s**Docteur Isaac COHEN**Diplômé de la Faculté de Médecine
de StrasbourgAncien Attaché des Hôpitaux
de Strasbourg

Spécialiste ORL

Maladie et CHIRURGIE

NEZ - GORGE - OREILLE

FACE et COU

VERTIGES - SURDITE - RONFLEMENT

**الدكتور إسحاق كوهن**

خريج كلية الطب بـسـطـراسـبورغ

عمل سابقاً بمستشفيات سـطـراسـبورغ

اختصاصي

في أمراض وجراحة

الأنف - العنق - الأذنين

علاج الدوخة الصمم والشخير.

Casablanca, le 12/10/2020. الدار البيضاء

Mr K SAR Mohamed

Reçu la somme

de 500 dh en

Réglement d'un K25

DOCTEUR I. COHEN
SPÉCIALISTE ORL
NEZ - GORGE - OREILLE
FACE - COU
VERTIGES - SURDITE - RONFLEMENT

24 Rue Al Imam Alloussi Face CLINIQUE BADR - Casablanca Tél : 05 22 26 62 50 / 05 22 27 06 22 - 24 Rue Al Imam Aloussi - الهاتف : 05 22 26 62 50 / 05 22 27 06 22

EN CAS URGENCE : CLINIQUE BADR - Tél : 05 22 49 28 00 - Email : dicohen.ma@gmail.com

Date de dépôt du dossier : 11/11/2020

Date d'arrivée : 11/11/2020

<p>الجمعية الوطنية للتأمين CNS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</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 610-1-03</p>	<p>REF : JANAM 1.20.01</p>
	<p>N° Dossier : 0605904320</p>			
<p>Partie réservée à l'assuré(e)</p>				
<p>Nom et prénom : K. SAR Mohamed</p>				
<p>N° Immatriculation : 159689128</p>				
<p>N° CIN : B. 99405</p>				
<p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input type="checkbox"/> ابن</p>				
<p>Adresse : R. Sander, Angle Rue T. B. N. KALAKIS N° 130 Bd. Bourgoyne VNB</p>				
<p>Montant des frais : 357,20 Dhs.</p>				
<p>Nombre de pièces jointes : 5</p>				
<p>Déclaration du Médecin traitant</p>				
<p>Bénéficiaire de soins</p>				
<p>Nom et prénom : K. SAR Mohamed</p>				
<p>Date de naissance : 11/11/1920</p>				
<p>N° CIN : 1111111111</p>				
<p>Sexe * : M <input type="checkbox"/> ذكر F <input type="checkbox"/> أنثى</p>				
<p>INPE et code à barres **</p>				
<p>Médecin traitant الطبيب المعالج</p>		<p>Etablissement de soins المؤسسة العلاجية</p>		
<p>Type de soins</p>				
<p>Admission ALD * : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>				
<p>N° dossier ALD : 1111111111</p>				
<p>Code ALD : 1111111111</p>				
<p>Maladie * <input type="checkbox"/> مرض Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء</p>				
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p>		<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p>		
<p>Fait à : 09/10/2020</p>		<p>Fait à : 09/10/2020</p>		
<p>Le : 09/10/2020</p>		<p>Le : 09/10/2020</p>		
<p>توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)</p>		<p>توقيع وطبيب الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>		

* Cocher la mention utile pour chaque case

** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) - 2186 - ب. ب. الدار البيضاء المنطقة - الهاتف 080 200 7200 / 080 203 3333

080 200 7200 / 080 203 3333

Masson de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

Description des actes effectués				وصف العمليات المجرىة	
تاريخ العمليات Date des 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	
09/10/2020	42		30000	Docteur I. COHEN SPECIALISTE NEZ GORGE OREILLE 24, Rue ALALOSSI - Casablanca	INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _
12/10/2020	42		G		INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _

CIM-10

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	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
						INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _
						INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء، الأشعة و الصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP ABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
12/10/2020	R25		30000	Docteur I. COHEN SPECIALISTE NEZ GORGE OREILLE 24, Rue ALALOSSI - Casablanca	INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _
					INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _

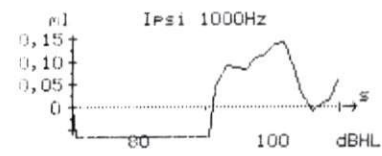
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة	
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux		
09/10/2020	70,20		INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _	
12/10/2020	87,00		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

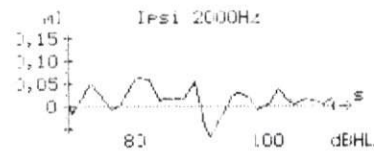
Sequence



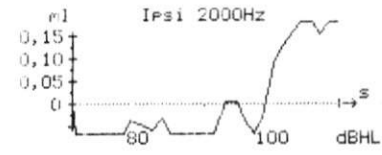
Sequence



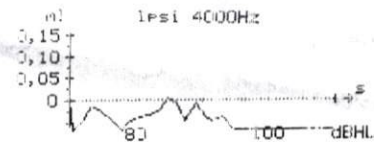
Sequence



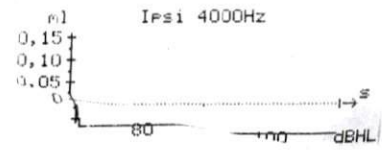
Sequence



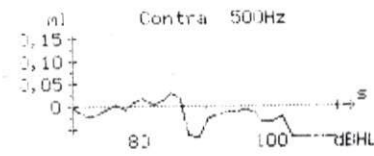
Sequence



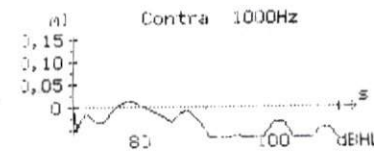
Sequence



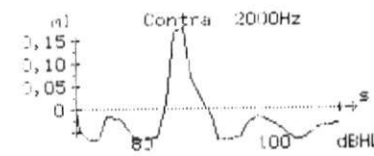
Sequence



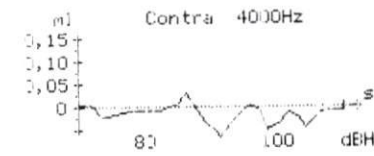
Sequence



Sequence



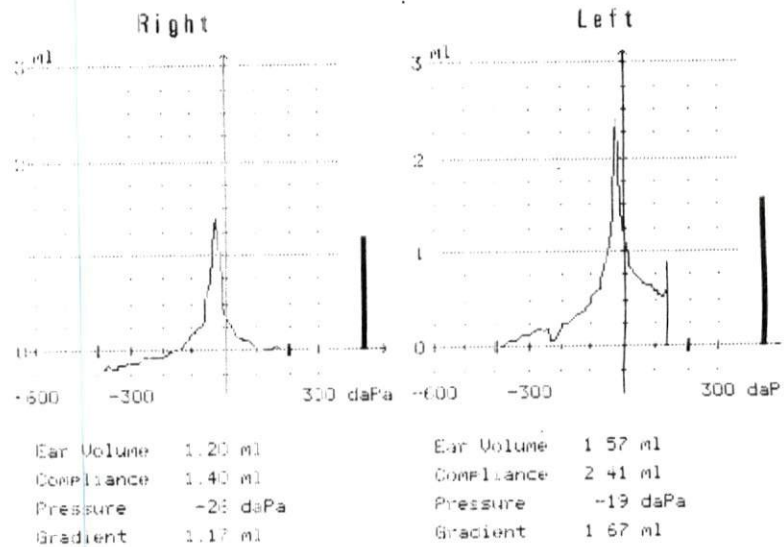
Sequence



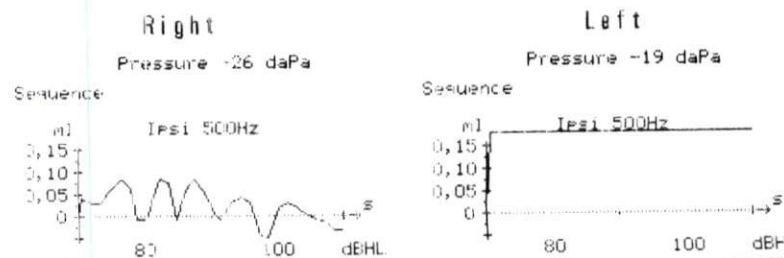
Subject Data Printout

Id No : _____ Date: 12/10/2016
 Sex: _____ Age: _____
 Name: K S A R
 Address: _____
 City: _____
 State: _____
 Country: _____
 Phone: _____
 E-mail: _____
 Examiner: _____
 Remarks: _____

Tympanogram



Reflex



Docteur Isaac COHEN

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Strasbourg

Ancien Attaché des Hôpitaux
de Strasbourg

Spécialiste ORL

Maladie et CHIRURGIE

NEZ - GORGE - OREILLE

FACE et COU

VERTIGES - SURDITE - RONFLEMENT

الدكتور اسحاق كوهن

خريج كلية الطب بسطراسبورغ

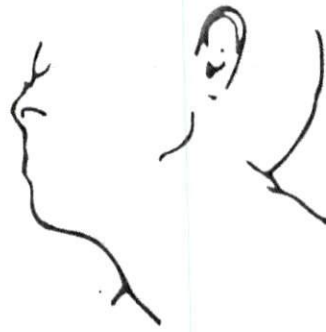
عمل سابقاً بمستشفيات سطراسبورغ

اختصاصي

في أمراض وجراحة

الأنف - العنق - الأذنين

علاج الدوخة الصمم و الشيخير.



09 octobre 2020

Mr. KSAR MOHAMED

19,40

1) ANTIBIO-SYNALAR GOUTTES

4 gouttes 2 fois par jour

20,20
2) étiolax 1 fl
2x5 gouts

30,60
3) Malferic
1c en solution

Docteur I. COHEN
SPECIALISTE
NEZ GORGE OREILLE
24, Rue AL ALOUSSI - Casablanca

70,20



Docteur I. COHEN
SPECIALISTE
NEZ GORGE OREILLE
24, Rue AL ALOUSSI - Casablanca

Docteur Isaac COHEN

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Strasbourg

Ancien Attaché des Hôpitaux
de Strasbourg

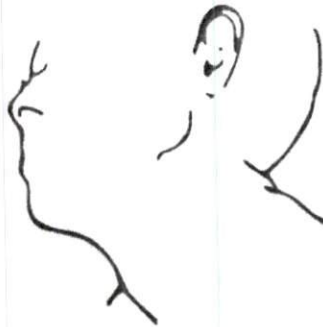
Spécialiste ORL

Maladie et CHIRURGIE

NEZ - GORGE - OREILLE

FACE et COU

VERTIGES - SURDITE - RONFLEMENT



الدكتور اسحاق كوهن

خريج كلية الطب بسطراسبورغ

عمل سابقا بمستشفيات سطراسبورغ

اختصاصي

في أمراض وجراحة

الأنف - العنق - الأذنين

علاج الدوخة الصمم و الشخير.

12 octobre 2020

Mr. KSAR MOHAMED

RELAXIUM B6 300MG BT/30 GEL

1gellule par jour le soir



Docteur I. COHEN
SPECIALISTE
NEZ GORGE OREILLE
24, Rue ALALOSSI - Casablanca

DOCTEUR ISAAC COHEN

Oto Rhino Laryngologiste

24 Rue Al Imam Al Alloussi - Casablanca

Tél : 05 22 26 62 50 / 05 22 27 06 22

URGENCE : CLINIQUE BADR - Tél : 05 22 49 28 00

E-mail : dicochen.ma@gmail.com

AUDIOMETRIE

IMPEDANCEMETRIE

Date : 12 / 10 / 2020

Nom : K. G. A. R.

prénom : M. D. M. M. M.

Né le

Profession :

Observation Clinique

Docteur I. COHEN
SPECIALISTE
Oto-Rhino-Laryngologie
24, Rue ALLOUSSI - Casablanca

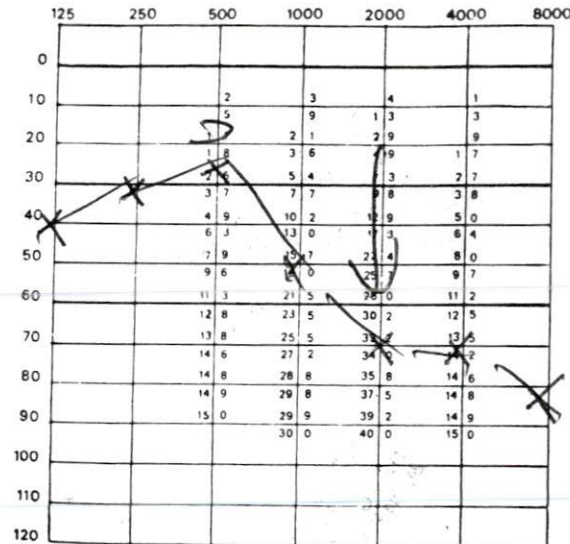


12/10/2020

OD

AUDIOMÉTRIE TONALE

OG



PERTE AUDITIVE

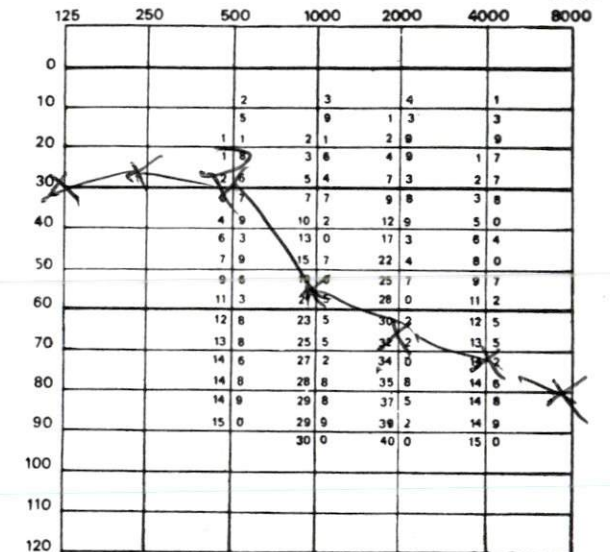
	O. D.	O. G.
500		
1000		
2000		
4000		
TOTAL		

DÉFICIT BINAURAL

B. O. x 7 =

M. O. x 1 =

= %



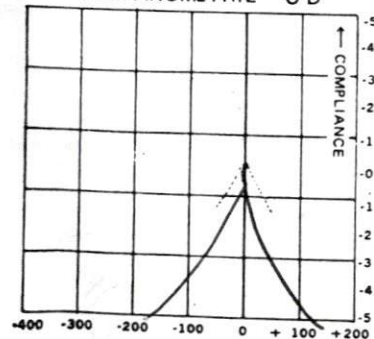
COA-COR + + =

WEBER { Front Menton

250	500	1000	2000	4000	8000

COA-COR + + =

TYMPANOMÉTRIE OD



IMPÉDANCEMÉTRIE

OD		OG	
Contro	Ipsi	Contro	Ipsi
dB + 0	dB + 0	dB + 0	dB + 0
dB + 0	dB + 0	dB + 0	dB + 0
dB + 0	dB + 0	dB + 0	dB + 0
dB + 0	dB + 0	dB + 0	dB + 0
OG	OD	Stimulation	OD
OD	OD	Réflexe	OG

TYMPANOMÉTRIE OG

