

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : BN880314
				Dr. Loubna KHAYAR OPHTALMOLOGISTE 235, Bd Yacoub El Mansour, Rés AVANTAGE Stage N° 2 - Casablanca Tél. 05 22 95 12 89

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. SABER		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d'exploration.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DATE DU DEVIS [REDACTED]
				DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de Soins Maladie



موافقة مسبقة *
Entente préalable *

تنفيذ *
Exécution *

N° Dossier :



Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : OUMLIL LATIFA

N° Immatriculation : ١٤٥٦٢٧٥١٤٥١٤٠١

N° CIN : BK 15570

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : Membre



Conjoint

زوج

Enfant

ابن

Adresse : ٧٢, Rés AL HOUDA, Apt 28 H^e Rue des Rosas

مصاريف : seas séjours

Montant des frais : ٢٠٣٩ درهم

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe : M ♂ ذكر F ♀ أنثى

INPE et code à barres ::

Médecin traitant الطبيب 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-dessus.

Fait à :

Le : ٤٨٠٣٢٠٢١ في : ٤٨٠٣٢٠٢١

توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré(e)

صادقة وصحة
الذكورة أدلة

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à :

Le : ٤٨٠٣٢٠٢١

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de

feuille de soins par personne et par

de soins doit être accompagnée de pièces justificatives originales médicales, factures, ...).

et prénom de la personne soignée portés par les praticiens eux mêmes feuille de soins.

nnances transmises doivent être ées des codes à barres des ts achetés .

de soins ainsi que les pièces doivent être présentées à la CNSS deux mois qui suivent le premier acte si l y a traitement médical continu. rniere cas, le dossier doit être présenté xante (60) jours qui suivent la fin du

urusement des frais engagés sera r la base de la tarification nationale de

prestations ne peuvent donner lieu au ment que suite à accord préalable. ces dernières est disponible auprès de au CNSS.

es liés aux accidents du travail et rofessionnelles ne sont pas couverts.

onne coupable de fraude ou de fausse pour obtenir des prestations qui ne es, est possible des sanctions légales itaires.

n de remboursement prise par la ubordonnée au respect des conditions ires et de ce qui précède.

توقيع وطابع الوكالة
Cachet et signature de l'Agence

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل 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 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.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسقبة.

لأنها 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، سيُعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره

on de l'agent :

خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

Toussaint et signature de l'Agence	Signature de l'assuré(e)
------------------------------------	--------------------------

Consignes des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

CIM-10

paramédicaux

الطباطبائی

تار ees	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					

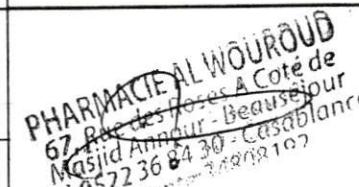
ogie, Radiologie et Imagerie

ملفات الاحياء، الاشعة والصور

نوع طبیع و طبیع طبیب الأشعة او الإحياني	Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	المبلغ المفوتر Montant facturé	معامل العمليات Lettre clé, cotation NGAP / NABM	رمز العمليات Code des actes
et code à Barres				
et code à Barres				

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

**نوابع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات
الطنية**

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux	Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	توقيع وطابع الصيدلي او ممون التجهيزات الطبية
Tariх التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	
18.03.21	532,00	
INPE et code à Barres 	INPE 0920009513	 <p>PHARMACIE AL WOUROUD 67 Rue des Roses A Coté de Masjid Annour - Beauséjour Tél: 0522 36 84 30 - Casablanca D 31/03/2021</p>
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

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

R/naïma

Dr. Loubna KHAYAR BENJELLOUN
OPHTHALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

Chirurgie de la cataracte par phaco mulsification
chirurgie de la Myopie Astigmatisme Hypermetropie Lasik
chirurgie des voies lacrymales - STRABISME -

Ex. Médecin à l'Hôpital 20 Août Casablanca
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Permis de Conduire

Casablanca, le : ١٢٥٣٢٠٢٤

رخصة السياقة

الدار البيضاء، في:

Ave Gamil Lekhrim
I YACB OD

Jean
J.

Dr. Loubna KHAYAR
OPHTHALMOLOGISTE
235, Bd Yacoub El Mansour, Rés
Al Anfal, Etage 5 - Casablanca
Tél: 05 22 95 12 89

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE
544, Boulevard panoramique californie,
Casablanca - Maroc
Tél : 05 22 86 46 18 / 19/20
05 22 29 66 60/00 - 05 22 50 15 15
FAX : 05 22 86 46 21

235. شارع يعقوب المنصور إقامة الأنفال - عمارة A شقة رقم 5 - الطابق الثاني - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 95 12 89
235, Bd Yacoub El Mansour - Résidence Al Anfal - Im «A», App. 5 - 2ème Etage - Casablanca - Tél.: 05 22 95 12 89



إفادة بالاستلام

Accusé de réception

Ref. 610-2-09

Date : lundi 29 mars 2021 التاریخ:
Heure : 09 h 05 WET الساعۃ:

Destinataire :

المرسل إلیه:

OUMLIL LATIFA
72 RUE EL OROUD APPT 28 HAYERRAHA
20200
CASABLANCA



70752281

N° CNSS	142704040	رقم ص.و.ض.ج
N° de la Carte Nationale d'Identité	BK15570	رقم البطاقة الوطنية للتعرف
Type dossier	Dossier de remboursement	نوع الملف
Valeur du dossier	2032 Dhs	قيمة الملف
Nombre de pièce (y compris les feuilles de soins)	4 Pièces	عدد الوثائق (بما فيها أوراق العلاجات)
Bénéficiaire	OUMLIL LATIFA	المستفيد

Madame, Monsieur,

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

لقد توصلنا بطلبکم و سيتم إحالته على المصلحة المختصة.

سيدي، سيدتي،

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

للمزيد من المعلومات :

Pour plus d'informations :	www.cnss.ma	يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
merci de visiter notre site Web	www.cnss.ma/Portal/	أو الزيارة الإلكترونية للمؤمن لهم
ou le portail des assurés	Ma CNSS	أو تطبيق الهاتف
ou l'application mobile	080 20 30 100	أو الاتصال بالجيب الآلي على الرقم
ou appeler notre serveur vocal au numéro	080 203 3333 / 080 200 7200	أو الاتصال بمركز الاتصال إلى الضمان على الأرقام
ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros		

05 22 41 80 68
Fax 05 22 43 38 60
/ 61

العنوان

العنوان

ZIRAOUI

وكالة

Agence

NOTE D'HONORAIRES

Casablanca le 18/03/2021

le Docteur..... D. Louzana KIDAYAR Bon Jour

a l'honneur de présenter ses compliments à (Mr/Mme)

Mme DUMIL LATIF

et lui adresse selon l'usage sa note d'honoraires.

*1 seance Laser yag 10
180*

Soit la somme de : # 1500-

Mille cinq cent DHS'

Dhs

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE
544, Boulevard panoramique Californie,
Casablanca - Maroc
Tel : 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 86 60 00 - 05 22 50 15 15
FAX : 05 22 86 46 21

Dr. Louzana KIDAYAR
OPHTHALMOLOGISTE
235, Bd Yacoub El Manzour, Rabat
4/ Anfal, Etage N° 1, 2, 3, 4
Casablanca
Signature



ORDONNANCE

Casablanca le

18/03/2021

1) 58.00 x 2 A = Géigel

2) Iduadex Eye Con Con S.V

3) Suéval Duo gel x 2 fl. 1 ml
317,00

PHARMACIE AL WOUROUD
67, Rue des Belles & Côte de
Masjid Al Amour - Résidence
Tél: 0522368430 - Casablanca
Patente: 34808197

99,00
3) Relaxin

PHARMACIE AL WOUROUD
67, Rue des Belles & Côte de
Masjid Al Amour - Résidence
Tél: 0522368430 - Casablanca
Patente: 34808197
532,00

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE
544, Boulevard panoramique californie
Casablanca - Maroc
Tél: 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 25
FAX: 05 22 86 46 21

Bx 376-5
gel, l'imp

Marché de l'h / jour -

Dr. Loubna KHAYAK
OPHTHALMOLOGISTE
235, Bd Yacoub El Mansour, Rés
Al Anfal, Etage N° 2 - Casablanca
Tél: 05 22 95 12 89

INDOCOLLYRE 0.1%
Collyre 5ml

LOT/نمبر H6811
FAB/ج.ع. 02-2020
EXP/ج.ع. 07-2021

ZENITH PHARMA
PPV 58.00 DHS
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM

INDOCOLLYRE 0.1%
Collyre 5ml

LOT/نمبر H6052
FAB/ج.ع. 05-2020
EXP/ج.ع. 10-2021

ZENITH PHARMA
PPV 58.00 DHS
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM



3 401545 947527

NOTE D'HONORAIRES

Casablanca le 18/03/2021

le Docteur Dr Loubna KHALYAR Bonjour

a l'honneur de présenter ses compliments à (Mr/Mme)

Mme DUMIC LATIF

et lui adresse selon l'usage sa note d'honoraires.

1 séance Laser yag 10
280

Soit la somme de : # 1500

Mille cinq cent DHS

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE
544, Boulevard panoramique Californie,
Casablanca - Maroc
Tél. : 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 29 66 90 / 00 - 05 22 50 15 15
FAX : 05 22 86 46 21

DR. LOUBNA KHALYAR
OPHTHALMOLOGISTE
35, Bd Yacoub El Mansour, Res
Anfa, El Bage N° 2 - Casablanca
Tél. : 05 22 86 46 18 / 19 / 20

Cachet et signature