

## 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.

### 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'H  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-450846

89638

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2174 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : A2MY AMBL

Date de naissance : 23/10/1952

Adresse : Res Eden Tamans Im 31 Apt 1B

Tamans 1 Dan Doua 27a

Tél. : 0618 269668

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

7el 061 8650 00

### تعليمات يجب اتباعها

re  
e soins par personne et par  
oit être accompagnée de toutes  
tives originales (ordonnances  
... ).  
n de la personne soignée  
par les praticiens eux mêmes  
e soins.  
transmises doivent être  
s codes à barres des  
is.  
ins ainsi que les pièces  
nt être présentées à la CNSS  
qui suivent le premier acte  
y a traitement médicale  
ernier cas, le dossier doit être  
ixante (60) jours qui suivent  
t des frais engagés sera  
de la tarification nationale de  
is ne peuvent donner lieu au  
suite à accord préalable.  
ères est disponibles auprès de  
3.  
aux accidents du travail et  
inelles ne sont pas couverts.  
ipable de fraude ou de fausse  
obtenir des prestations qui ne  
ossible des sanctions légales  
emboursement prise par la  
née au respect des conditions  
e ce 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 المرسله بالرمز الشريطي للأدوية  
المشتراة.

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  
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 للإستفادة من خدمات  
غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي  
رهين باحترام الشروط القانونية وكل ماسبق ذكره.

توقيع وطابع الوكالة Signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réserve à la DAMO
--	---

 الضمان الاجتماعي CNSS	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	Réf. : 610-1-03 مرجع رقم Réf. : ANAM 1.2.02.01
	موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *	

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له ( لها )

الإسم العائلي والشخصي : AZMY DMAL  
رقم التسجيل : 192133520  
رقم بطاقة التعريف الوطنية : B154971  
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له ( لها ) \*  
 Conjoint ☐ زوج  
 Enfant ☐ ابن  
 Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) \*  
 العنوان : Rue Echeu Taluani - 103131 Taluani 1  
 Dan Bouazza  
 مبلغ المصاريف : 667,50 Dhs.  
 عدد الوثائق المرفقة : 48  
 Montant des frais :  
 Nombre de pièces jointes :

تصريح الطبيب المعالج  
المستفيد من العلاجات  
الإسم العائلي والشخصي : AZMY DMAL  
تاريخ الإزدياد : 13/10/1952  
رقم بطاقة التعريف الوطنية : B154971  
الجنس : \*  
 M ☐ ذكر  
 F ☐ أنثى  
 Déclaration du Médecin traitant  
 Bénéficiaire de soins  
 Nom et prénom :  
 Date de naissance :  
 N° CIN :  
 Sexe\* :  
 INPE et code à barres \*\*

Médecin traitant الطبيب المعالج	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية
------------------------------------	--

نوع العلاجات  
 قبول المرض المزمن : \*  
 Admission ALD : \*  
 Oui ☐ Non ☐  
 رقم ملف المرض المزمن :  
 N° dossier ALD :  
 رمز المرض المزمن :  
 Code ALD :  
 Maladie\* ☐ مرض \*  
 Hospitalisation\* ☐ استئفاء \*

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
 Fait à : 13/10/2021  
 Le : 13/10/2021  
 توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
 توقيع المؤمن له



actes effectués		وصف العمليات المجرة	
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
BS 94 93 47		3000 200 <hr/> 500	<p>Dr. Mohamed El Ghannouchi</p> <p>DR. MOHAMED EL GHANNOUCHI</p> <p>Spécialiste de Neurologie</p> <p>CASABLANCA</p> <p>Tel : 0322 94 93 47</p>
BS 94 93 47			

CIM-10			
--------	--	--	--

aux				عمليات المساعدين الطبيين	
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	
35 					
35					

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie						عمليات الإحياء، الأشعة والصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes				معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الأحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _							
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _							

<p>جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة</p> <p>Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis</p>		
<p>تاريخ التنفيذ</p> <p>Date d'exécution</p>	<p>التمن المفوتر</p> <p>Prix facturé</p>	<p>توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية</p> <p>Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux</p>
<p>13-09-21</p>	<p>167.50</p>	<p>DR. ZAIED HADID</p> <p>DR. Bouattia - Casablanca</p> <p>DR. Bouattia - Casablanca</p>
<p>INPE et code à Barres</p> <p>INPE: 092067214</p>		
<p>INPE et code à Barres</p> <p>_____</p>		

	<b>بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري</b> <b>RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO</b>		 الضمان الإجتماعي ٠٥٠٨٤ ٠٥٠٨٤ <b>CNSS</b>	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-2-06 : REF
	Référence structurée : 210908651784172		Emis à Casablanca le : 30/09/2021	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation : 192133520 Règlement du mois : 09/2021 Mode de paiement : Virement		AZMY AMAL RES EDEN TAMARIS IMM B 21 APPT 1 TAMARIS 1 DAR BOUAZZA CASABLANCA 2722	
	Informations :			

مرجع الإشعار بالاستلام Référence 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
AZMY AMAL										
086566557	13/09/2021	CS	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	95	142,50
086566557	13/09/2021	Z	MEDECIN SPECIALISTE	200,00	160,00	1,00	1,00	160,00	95	152,00
086566557	13/09/2021	PHN	PHARMACIE	167,50	75,60	1,00	1,00	75,60	00	0,00
Total remboursé pour AMAL										294,50
Total général remboursé										294,50

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Destinataire :

المرسى إليه:

Date : vendredi 17 septembre 2021 التاريخ:  
Heure : 12 h 27 UTC الساعة:

AZMY AMAL  
RES EDEN TAMARIS IMM B 21 APPT 1 TAMARIS 1 DAR BOUAZZA  
27223  
CASABLANCA



86566557

N° CNSS	192133520	رقم ص.و.ض.ج.
N° de la Carte Nationale d'Identité	B154971	رقم البطاقة الوطنية للتعريف
Type dossier	Dossier de remboursement	نوع الملف
Valeur du dossier	667.5 Dhs	قيمة الملف
Nombre de pièce (y compris les feuilles de soins)	4 Pièces	عدد الوثائق (بما فيها أوراق العلاجات)
Bénéficiaire	AZMY AMAL	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 طبقاً لمقتضيات القانون 08-09 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 ألو الضمان على الأرقام

**Consultations :**

Pneumophtisiologie  
Allergologie - Asthme  
Sommeil et ronflement  
Sevrage tabagique  
Réhabilitation respiratoire  
Oncologie

**Laboratoire de physiologie clinique**

Pléthysmographie  
Spiromtrie - Oscilling  
Polysomnographie  
Gaz du sang artériel  
Epreuve d'effort cardio-respiratoire

**Endoscopie diagnostique  
et interventionnelle**

Fibroscope bronchique  
Bronchoscopie rigide  
Thoracoscope

الدكتور محمد البراهيمي

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI  
Pneumophtisiologue

الدكتور ع. الناصري

Dr. Arabi NACIRI  
Professeur agrégé  
Pneumophtisiologue  
13/09/2021

**Mme AZMY Amal**

**COMPTE RENDU**

*Radiographie thoracique face*

\*\*\*\*\*

**Indication :** toux spasmodique -

- Silhouette cardio-médiastinale normale
- Culs de sac pleuraux sans anomalie
- Structure osseuse normale
- Transparence pulmonaire normale
- Aspect de péribronchite bilatérale

**Conclusion :** pas d'anomalies parenchymateuses évolutives.





الدكتور ع. العربي  
Dr. Arabi NACIRI  
Professeur agrégé  
Pneumophtisiologue



الدكتور محمد البراهيمي  
DOCTEUR M. EL IBRAHIMI  
PNEUMOPHTISIOLOGUE

5 bis rue Ibnou Babik - Quartier Racine - Maârif - CASABLANCA  
Téléphone : 05 22 94 92 46 / 05 22 94 93 47 - Fax : 05 22 94 91 23  
E-mail : soufflemaroc@gmail.com - Site web : www.cmr-maroc.com

Casablanca, le 13/09/2021

M AZMY AMAL

### Honoraires verses

Le .....	Consultation	C3	300	DH
Le .....	Radiographie Pulmonaire Face	E12	200	DH
Le .....	Radiographie Pulmonaire Profil			DH
Le .....	Pléthysmographie / DLCO			DH
Le .....	Spirometrie - Oscilling			DH
Le .....	Polysomnographie + Polygraphie			DH
Le .....	Polygraphie sous VNI			DH
Le .....	Gaz du Sang Artériel			DH
Le .....	Mise en Place de VNI			DH
Le .....	Epreuve d'Effort Cardio-Respiratoire			DH
Le .....	Tests Cutanes			DH
Le .....	Fibroscopie Bronchique / LBA			DH
Le .....	Aerosol + Injection			DH
Le .....	Ponction "Pleurale - Biopsie"			DH
Le .....	Ponction "Pleurale - Simple"			DH
Le .....	Echographie de repérage			DH
Le .....	Test de marche de 06 minutes			DH
TOTAL :			500	DH

**Consultations :**

Pneumophtisiologie  
Allergologie - Asthme  
Sommeil et ronflement  
Sevrage tabagique  
Réhabilitation respiratoire  
Oncologie

**Laboratoire de physiologie clinique**

Piéthysmographie  
Spiromtrie - Oscilling  
Polysomnographie  
Gaz du sang artériel  
Epreuve d'effort cardio-respiratoire

**Endoscopie diagnostique  
et interventionnelle**

Fibroscopie bronchique  
Bronchoscopie rigide  
Thoracoscopie

الدكتور محمد البراهيمي

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI  
Pneumophtisiologue

الدكتور ع. الناصري

Dr. Arabi NACIRI  
Professeur agrégé  
Pneumophtisiologue

13/09/2021

Madame AZMY Amal

87.00

RELAXIUM 300 : 1 comp par jour x 10 jours

28.80

VITANEVRIL Forte : 1 comp 2 fois par jour x 10 jours

51.70

AERIUS 5 mg - boîte de 15 comp : 1 comp le soir x 15 jours

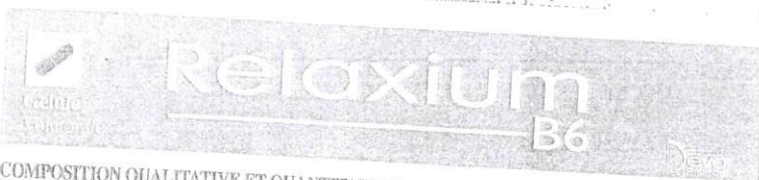
T. 167.50

BOURNEAU PHARMACIE  
53, rue Ibn Babouk - 20152  
Tél : 05 22 94 92 46 - Fax : 05 22 94 91 23  
E-mail : soufflemaroc@gmail.com

Pour les rendez-vous veuillez téléphoner au n° 06 66 79 59 81



Efficacité prouvée musculaire ainsi que les difficultés d'endormissement et de réveil.



COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Relaxium B6 150

Oxyde de magnésium marin.....260 mg

équivalent en Magnésium.....150 mg

Vitamine B6.....1 mg

Excipients : stéarate de magnésium, maltodextrine, dioxyde de silicium.

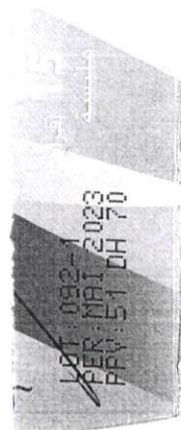
Relaxium B6 300



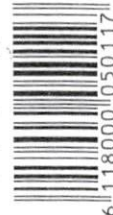
VITANEVRIL FORT 100 mg  
30 comprimés pelliculés



PPV  
LOT  
PER



AERIUS 5 mg  
15 comprimés pelliculés



	<b>بيان تعويضات التأمين الصحي الإجمالي</b> <b>RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO</b>	 <b>الضمان الاجتماعي</b> <b>التأمين الإجتماعي</b> <b>CNSS</b>	<b>مديرية التأمين الصحي الإجمالي</b> <b>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</b>  <b>مرجع رقم :</b> REF : 610-2-06
	<b>Référence structurée :</b> 210908333552333	<b>Emis à Casablanca</b> <b>le :</b>	<b>Page : 1</b>
	<b>Identifiant de la famille</b> <b>تعريف العائلة</b> N° d'immatriculation : 192133520 Règlement du mois : 09/2021 Mode de paiement : Virement	<b>AZMY AMAL</b> <b>RES EDEN TAMARIS IMM B 21 APPT 1 TAMARIS 1 DAR BOUAZZA</b> <b>CASABLANCA 2722</b>	
<b>Informations :</b>			<b>معلومات :</b>

مرجع الإشعار بالاستلام	تاريخ العلاج	العمليات	مهنو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	مبلغ التعويض
Référence accusé de réception	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Montant remboursé
AZMY AMAL										
086566182	03/08/2021	C	MEDECIN	200,00	80,00	1,00	1,00	80,00	95	76,00
086566182	03/08/2021	PH	GENERALISTE	237,00	237,00	1,00	1,00	237,00	95	225,15
086566182	03/08/2021	PHN	PHARMACIE	134,90	134,90	1,00	1,00	134,90	00	0,00
<b>Total remboursé pour AMAL</b>										<b>301,15</b>
<b>Total général remboursé</b>										<b>301,15</b>

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Commentaire                      B NR CHEZ MEDECIN

Date : vendredi 10 septembre 2021 التاريخ:  
Heure : 12 h 52 UTC الساعة:

Destinataire :

المرسل إليه:

AZMY AMAL  
RES EDEN TAMARIS IMM B 21 APPT 1 TAMARIS 1 DAR BOUAZZA  
27223  
CASABLANCA



86566182

N° CNSS	192133520	رقم ص.و.ض.ج.
N° de la Carte Nationale d'Identité	B154971	رقم البطاقة الوطنية للتعريف
Type dossier	Dossier de remboursement	نوع الملف
Valeur du dossier	971.9 Dhs	قيمة الملف
Nombre de pièce (y compris les feuilles de soins)	4 Pièces	عدد الوثائق (بما فيها أوراق العلاجات)
Bénéficiaire	AZMY AMAL	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 طبقاً لمقتضيات القانون 08-09 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 ألو الضمان على الأرقام

05 22 41 80 55

Fax

06 08 89 06 19 Tél

CASABLANCA

Ville

37, rue Socrate - Maarif

Extetion-

العنوان  
Adresse

SOCRATE

وكالة  
Agence



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.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مريض 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 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 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.



# ورقة العلاجات المتعلقة بالامراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée

موافقة مسبقة \*  
Entente préalable \*

تنفيذ \*  
Exécution \*

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : AZMY Amal

N° Immatriculation : 491433520

N° CIN :

B1549741

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) \*

من له (ها) \*

Conjoint ☐ زوج

Enfant ☐

Adresse : Rm Eden Tamara Im 11 B 1 Apt 1 Tamara  
Dan Douazza

Montant des frais : 971,90 Dhs.

Nombre de pièces jointes : 14P

Déclaration du Médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : AZMY Amal

Date de naissance : 23/10/1954

N° CIN : B1549741

Sexe\* : M ☐ ذكر F ☒ أنثى

INPE et code à barres \*\*

Médecin traitant : 1991224938  
المؤسسة العلاجية : 111

Type de soins

Admission ALD\* : Oui Non

N° dossier ALD : 1111111111

Code ALD : 1111111111

Maladie\* ☐ مرض Hospitalisation\* ☐ لبقاء

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Fait à : Casa : ب

Le : 06/09/2014 : في

Toutefois, je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : 193/98/2014

Le : 193/98/2014

يب للمعالج أو المؤسسة الصحية  
Signature de l'assuré (e) : [Signature]  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou

\* 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 080 200 7200 / 080 203 3333 - الهاتف - 2186 - الدار البيضاء المحطة - دار المؤمن - ساحة دكاك - الدار البيضاء من ب. ب. 2186

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 : 11/11/11	Date d'arrivée : 11/11/11

عمليات المساعدين الطبيين				
رمز ال des es	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical

<p>جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة</p> <p>Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis</p>		
<p>تاريخ التنفيذ</p> <p>Date d'exécution</p>	<p>التمن المفوتر</p> <p>Prix facturé</p>	<p>توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية</p> <p>Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux</p>
<p>03/05/2021</p> <p>INPE et code à Barres</p> <p>INPE 1 092007214</p>	<p>37 1,90</p>	<p>Pharmacie Al Hamdoulillah</p> <p>Dr. LAIDI HAKEDD</p> <p>N° 12 - Lot. Aissari Dar Benazza</p> <p>Casablanca</p> <p>Tél.: 05 22 29 09 49</p>
<p>INPE et code à Barres</p> <p>1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1</p>		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	
51	
52	
53	
54	
55	
56	
57	
58	
59	
60	
61	
62	
63	
64	
65	
66	
67	
68	
69	
70	
71	
72	
73	
74	
75	
76	
77	
78	
79	
80	
81	
82	
83	
84	
85	
86	
87	
88	
89	
90	
91	
92	
93	
94	
95	
96	
97	
98	
99	
100	

CENTRE MEDICAL  
DAR BOUAZZA



DR. ZOUHAIR MOHAMMED

.Médecin Urgentiste  
.Consultation à Domicile  
.Expertise / Assistance / Conseil  
.Diabetologie / Nutrition

Casablanca, le 03 Aout 2021 في الدار البيضاء، في

## NOTE D'HONORAIRE

POUR UN TEST ANTIGENIQUE COVID-19 RAPIDE DE

Mme AZMY AMAL

- TEST COVID-19 = 400DHS

---

2.7 - SELA PLAZA. CENTRE COMMERCIAL CARREFOUR - DAR BOUAZZA .20220

TÉL. : 05 22 29 24 29/ 05 22 29 00 70 - GSM 06 17 89 17 07



CENTRE MEDICAL  
DAR BOUAZZA



المركز الطبي  
دار بوعزة

03 AUG 2021

## ATTESTATION

Nous soussignons **CABINET MEDICAL DAR BOUAZZA**

Attestons que Mr/Mme **AZMY AMAL** né(e) le **23/10/1952**

Titulaire de la **CIN N° B154971** a subi **LE TEST ANTIGENIQUE**

**COVID-19 RAPIDE\_ N° Lot 41ADF441A** à titre d'orientation.

Résultat : **POSITIF**

Casablanca, le 03/08/2021 ..... الدار البيضاء، في

M<sup>re</sup> Army Amal  
Pharmacie Al Hamdolillat  
Dr. AIDI Hafida  
Lot Anassari Dar Bouazza  
Casablanca  
05 22 29 24 29

29,70 x2 ① Zythromax 1 cp 1x1j  
1/2 cp J2 — J4  
15,30 ② Vit. C 1 cp 2x1j  
49,60 ③ D. Ave 100 000 1 amp / msn x 3M  
40,50 ④ Zimar Km 1 cp 2x1j pdt 10j  
14,00 x2 ⑤ Dolipram 1 cp 3x1j  
38,80 ⑥ Muxol sirup 1 cts 3x1j  
39,00 ⑦ Exomuc fortid 1 fortid 2x1j  
10-37/19

DR ZOUHAIR MOHAMMED

MEDECIN URGENTISTE

2.7 - SELA PLAZA. CENTRE COMMERCIAL CARRERABOUAZZA. 20220

Tél : 05 22 29 24 29 / 05 22 29 00 70  
Tél : 05 22 29 24 29 / 05 22 29 00 70  
GSM : 06 77 65 19 67

ZITHROMAX® 500 mg  
3 comprimés



UT.AV. : 1 3 2 2

P.P.V. :

79 70

LOT N° : 1 3 2 2

ZITHROMAX® 500 mg  
3 comprimés



UT.AV. : 1 3 2 2

P.P.V. :

79 70

LOT N° : 1 3 2 2

Vita C1000®  
10 Comprimés effervescent



Vita C1000®

PPV 15DH30  
EXP 11/2023  
LOT 00057 27

MUXOL®  
Ambroxol

Solution buvable - 250 ml



PPV (DH) :

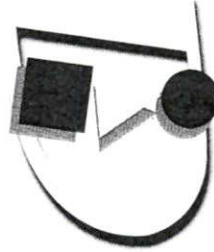
LOT N° :

UT. AV. :

Exomuc®  
acétylcystéine 200 mg  
30 sachets  
PROMOPHARM S.A.



Solution huileuse buvable



محلول زيتي للشرب

3 أمبولات للشرب

كلينك السيفورول 100 000 وحدة دولية  
فيتامين D3

Fabriqué par : SMB

SMB TECHNOLOGY S.A.  
39 rue du Parc Industriel  
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique.



Remboursable

زيناسكين

ZINASKIN® 30 Comprimés effervescent

ZINASKIN® 15 mg  
30 comprimés effervescent



PPV 23DH30  
EXP 12/2023  
LOT 00065 24

F 56 589 E 230920

Doliprane® 1000 mg  
PARACÉTAMOL

10 comprimés



Doliprane® 1000 mg  
PARACÉTAMOL

10 comprimés



PPV: 14DH00  
PER: 07/24  
LOT: K2119

PPV: 14DH00  
PER: 07/24  
LOT: K1853



	<b>بيان تعويضات التأمين الصحي الإجمالي</b> <b>RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO</b>	 الضمان الاجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإجمالي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-2-06 : REF
	<b>Référence structurée : 211009030037629</b>	<b>Emis à Casablanca le : 18/10/2021</b>	<b>Page : 1</b>
	<b>Identifiant de la famille تعريف العائلة</b> AZMY AMAL RES EDEN TAMARIS IMM B 21 APPT 1 TAMARIS 1 DAR BOUAZZA CASABLANCA 2722 N° d'immatriculation: 192133520 Règlement du mois : 10/2021 Mode de paiement : Virement		
<b>Informations :</b>			

مرجع الإشعار بالاستلام Référence 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
AZMY AMAL										
086565262	29/09/2021	KCC	MEDECIN SPECIALISTE	350,00	600,00	1,00	1,00	600,00	70	245,00
<b>Total remboursé pour AMAL</b>										<b>245,00</b>
<b>Total général remboursé</b>										<b>245,00</b>

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان



إفادة بالاستلام  
Accusé de réception

Réf. 610-2-09

Date : mercredi 6 octobre 2021 التاريخ:  
Heure : 11 h 48 UTC الساعة:

Destinataire :

المرسل إليه:

AZMY AMAL  
RES EDEN TAMARIS IMM B 21 APPT 1 TAMARIS 1 DAR BOUAZZA  
27223  
CASABLANCA



86565262

N° CNSS	192133520	رقم ص.و.ض.ج.
N° de la Carte Nationale d'Identité	B154971	رقم البطاقة الوطنية للتعريف
Type dossier	Dossier de remboursement	نوع الملف
Valeur du dossier	350 Dhs	قيمة الملف
Nombre de pièce (y compris les feuilles de soins)	3 Pièces	عدد الوثائق (بما فيها أوراق العلاجات)
Bénéficiaire	AZMY AMAL	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 طبقاً لمقتضيات القانون 08-09 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 الو.ض.ج. على الأرقام

05 22 41 80 55

Fax

06 08 89 06 19

Tél

CASABLANCA

المدينة

Ville 37, rue Socrate - Maarif

Extention-

العنوان

Adresse

SOCRATE

وكالة

Agence



## Instructions à suivre

Établir 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.

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

## 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 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.

<p>الضمان الاجتماعي CNSS</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>رجوع رقم 610-1-03</p>
<p>N° Dossier :</p>		
<p>Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (ها)</p>		
<p>Nom et prénom : <b>AZMY AMAL</b> الاسم العائلي والشخصي :</p>		
<p>N° Immatriculation : <b>192133520</b> رقم التسجيل :</p>		
<p>N° CIN : <b>B154971</b> رقم بطاقة التعريف الوطنية :</p>		
<p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (ها) :</p> <p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input type="checkbox"/> ابن</p>		
<p>Adresse : <b>Res Edoua Tawans - Im 21151 Apt 1 Tawans 1</b> العنوان : <b>Dar Bouazza</b></p>		
<p>Montant des frais : <b>350 DH</b> مبلغ المصاريف : <b>350 DH</b></p>		
<p>Nombre de pièces jointes : <b>2</b> عدد الوثائق المرفقة : <b>2</b></p>		
<p>Déclaration du Médecin traitant تصريح الطبيب المعالج</p>		
<p>Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات</p>		
<p>Nom et prénom : <b>AZMY Amal</b> الاسم العائلي والشخصي :</p>		
<p>Date de naissance : <b>19/10/1952</b> تاريخ الإزدياد :</p>		
<p>N° CIN : <b>B154971</b> رقم بطاقة التعريف الوطنية :</p>		
<p>Sexe * : <b>F</b> أنثى <input checked="" type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/></p>		
<p>INPE et code à barres الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر **</p>		
<p>Établissement de soins المؤسسة العلاجية</p>		
<p>Type de soins نوع العلاجات</p>		
<p>Admission ALD * : <b>Oui</b> قبول المرض المزمن * :</p>		
<p>N° dossier ALD : <b>1</b> رقم ملف المرض المزمن :</p>		
<p>Code ALD : <b>1</b> رمز المرض المزمن :</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. أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.</p>		
<p>Fait à : <b>Casa</b> : ب : Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه.</p>		
<p>Le : <b>20/09/2021</b> : في : Fait à : <b>Casa</b> : ب : Le : <b>20/09/2021</b> : في :</p>		
<p>توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)</p>		
<p>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>		





Casablanca, le 29/09/2021 في الدار البيضاء،

Je soussigné certifie avoir perçu la somme  
de... 350 dh pour... allocation.....  
de vermes de mains.....

Chez...The A2My Amal.....

PR JARVIS, BRISSI R  
208 86 43 43 17 / 27  
T4: 05 22 36 43 17 / 27

## Sur Rendez-vous

**بالوعد**

203, Bd. Zerkouni - Résidence Ben Ham - 4<sup>ème</sup> étage - Casa - البيضاء - الرابع الطابق إقامة بن حام - الزرقطوني

تلفون : 05 22 36 43 17/27 - فاكس : 05 22 36 43 68

**GSM: 06 48 12 22 62 - Email: [cabinetdermatologie.jr@gmail.com](mailto:cabinetdermatologie.jr@gmail.com)**