

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



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 : AZMY AMAL

Date de naissance : 23/10/1952

Adresse : Ris 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 : compléter dossier CNSS 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) :

701 061 566 00 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
melles 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. لانحة 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 Réservé 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 :

خاص بالمؤمن له (لها)

Partie réservée à l'assuré(e)

الإسم العائلي والشخصي : AZMY DMAL
 رقم التسجيل : 1912133520
 رقم بطاقة التعريف الوطنية : B154971
 علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *
 Conjoint زوج Enfant ابن
 العنوان : Rue Echeu Taluauis - 100 3131 Taluauis 1
 Dan Bouazza
 مبلغ المصاريف : 667,50 Dhs.
 عدد الوثائق المرفقة : 48

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الإسم العائلي والشخصي : AZMY DMAL
 تاريخ الإزدياد : 13/10/1952
 رقم بطاقة التعريف الوطنية : B154971
 الجنس : * أنثى ذكر M F

INPE et code à barres **

الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر **

مédicim traitant : 9A-AN4951
 Etablissement de soins : المؤسسة العلاجية

نوع العلاجات

Type de soins

Admission ALD * : Oui Non
 قبول المرض المزمن *
 رقم ملف المرض المزمن :
 رمز المرض المزمن :
 Code ALD :
 Maladie* مرض *
 Hospitalisation* استفتاء *

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.

فعل : 13/10/2021
 في :
 توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

actes effectués			وصف العمليات المجراة
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
5	212	3000 200 <u>500</u>	<p> DOCTEUR NAJIBI ARABBI DR. NAJIBI ARABBI Spécialiste en Pédiatrie PNEUMOLOGUE Qualité Récrite CASABLANCA Tel: 0522 94 93 47 </p>
5			
5			

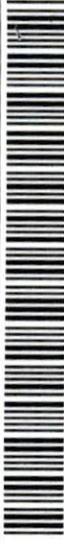
CIM-10

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

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 الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
13-09-21	167,50	<p> DR. BOUZARZA - CASABLANCA DR. BOUZARZA - CASABLANCA DR. ZAIGI - CASABLANCA </p>
INPE et code à Barres		
- INPE : 092087214		
INPE et code à Barres		

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجمالي RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الاجتماعي +084 +06C84+ CNSS	مديرية التأمين الصحي الإجمالي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : REF : 610-2-06 :
	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 :	معلومات :		

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



إفادة بالاستلام
Accusé de réception

Réf. 610-2-09

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 الوضمان على الأرقام

05 22 41 80 55

الفاكس

06 08 89 06 19

الهاتف

Tél

CASABLANCA

العينة

Ville

37 , rue Socrate - Maarif

Extention-

العنوان

Adresse

SOCRATE

وعدة

Agence

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**

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

Mme AZMY Amal

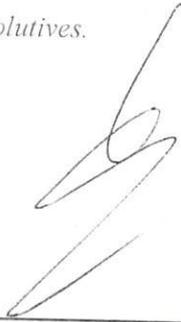
COMPTE RENDU

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 عربي ناصري

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 reperege			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 - boite de 15 comp : 1 comp le soir x 15 jours

T. 167,50

BOULEVARD EL ANASSIRI
51300 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 : cmr-maroc.com

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

Efficacité prouvée contre les douleurs musculaires et les troubles de l'endormissement.



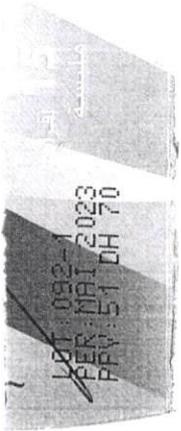
COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

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.



PPV
LOT
PER

VITANEVRIL® FORT 100 mg
30 comprimés pelliculés
6 118000 180593



AERIUS® 5 mg
15 comprimés pelliculés
6 118000 050117

بيان تعويضات التأمين الصحي
الإجباري

RELEVÉ DES PRESTATIONS
AMO



مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : REF : 610-2-06 :

Référence structurée : 210908333552333

Emis à Casablanca le : □□□□

Page : 1

Identifiant de la famille تعريف العائلة

AZMY AMAL
RES EDEN TAMARIS IMM B 21 APPT 1 TAMARIS 1 DAR
BOUAZZA
CASABLANCA 2722

N° d'immatriculation : 192133520
Règlement du mois : 09/2021
Mode de paiement : Virement

Informations :

معلومات :

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 rembour sement	نسبة التعويض Taux de rembour sement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
AZMY AMAL										
086566182	03/08/2021	C	MEDECIN GENERALISTE	200,00	80,00	1,00	1,00	80,00	95	76,00
086566182	03/08/2021	PH	PHARMACIE	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
Total remboursé pour AMAL										301,15
Total général remboursé										301,15

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 09-08 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

الفاكس

Fax

06 08 89 06 19

الهاتف

Tél

CASABLANCA

المدينة

Ville

37 , rue Socrate - Maarif

Extention-

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 المرسله 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 : 492433520

N° CIN : B1549741

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * من له (ها) *

Conjoint زوج Enfant

Adresse : Rm Eden Tamans Im 21 B 1 Apt 1 Tamans
Dan Douazza

Montant des frais : 971,90 Dhs. درهم

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 ** رقم المشفر **

Médecin traitant : الطيب المعالج
Etablissement de soins : المؤسسة العلاجية

Type de soins

Admission ALD* : Oui Non

N° dossier ALD : _____

Code ALD : _____

Maladie* مرض * Hospitalisation* نقاء *

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

Fait à : Casa ب : _____

Le : 06 10 2014 في : _____

توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré (e)

يب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou

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

CENTRE MEDICAL
DAR BOUAZZA



المركز الطبي
دار بوعزة

DR. ZOUHAIR MOHAMMED

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

Casablanca, le 03 AÛG 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^{me} Army Anwal

Pharmacie Al Hamdillah
Dr. AIDI Hafid

Lot Anassari Dar Bouazza
Casablanca
Tél: 05 22 29 24 29

- 29170 x2 ① Zythromax 1 cp 1x1j
1/2 cp J2 — J4
- 15130 ② Vit. C 1 cp 2x1j
- 49160 ③ D. Amc 100 000 1 amp / matin x 3M
- 40150 ④ Zimar Km 1 cp 2x1j pot 10j
- 14100 x2 ⑤ Doliprane 1 cp 3x1j
- 3880 ⑥ Maxol Sirip 1 Cas 3x1j
- 39100 ⑦ Exomuc fortid 1 fortid 2x1j

DR ZOUHAIR MOHAMMED

MEDECIN URGENTISTE

2.7 - SELA PLAZA. CENTRE COMMERCIAL CARRERABOUAZZA .20220

Tél: 0522 29 24 29 / 0522 29 00 70
GSM: 06 77 65 19 67

ZITHROMAX® 500 mg
3 comprimés



UT.AV. : 2 0 3 2

P.P.V. :

79 70

LOT N° :

ZITHROMAX® 500 mg
3 comprimés



UT.AV. : 2 0 3 2

P.P.V. :

79 70

LOT N° :

Vita C1000®
10 Comprimés effervescents



6 118000 032069

Vita C1000®

PPV 15DH30
EXP 11/2023
LOT 00057 27

MUXOL®
Ambroxol

Solution buvable - 250 ml



6 118000 080572

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

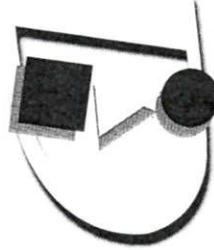
Exomuc®
acétylcystéine 200 mg



6 118000 240341



Solution huileuse buvable



محلول زيتي للشرب

د-كيسر قوي

3 أمبولات للشرب

كلبكالسييفيرول 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 effervescents

ZINASKIN® 15 mg
30 comprimés effervescents



16 118000 033592

PPV 23DH30
EXP 12/2023
LOT 00065 24

F 56 589 E 230920

Doliprane® 1000 mg
PARACÉTAMOL

10 comprimés



6 118000 040972

Doliprane® 1000 mg
PARACÉTAMOL

10 comprimés



6 118000 040972

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

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

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

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
Total remboursé pour AMAL										245,00
Total général remboursé										245,00

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:

المرسَل إليه: Destinataire :

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



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 أو الضمان على الأرقام

الفاكس
05 22 41 80 55

الهاتف
06 08 89 06 19

المدينة
CASABLANCA

Ville
37, rue Socrate - Maarif

العنوان
Adresse

SOCRATE

وكالة
Agence

/ 20

Extention-

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

Je soussigne certifie avoir perçu la somme
de 350 dh pour... relation...
de vermes de mains.....

Chez Mme A. Z. My Amal.....

Pr JAKMOUNI IDRISSE
209 60 20100000 2492
Tél: 05 22 36 43 17 / 27

Sur Rendez-vous

بالموعد

203, Bd. Zerktouni - Résidence Ben Ham - 4^{ème} étage - Casa - البيضاء - الرابع - الطابق - إقامة بن حام الزرقطوني إقامه بن حام الطابق الرابع - البيضاء - Casa

Tél. : 05 22 36 43 17/27 - الهاتف : 05 22 36 43 68 - الفاكس :

GSM: 06 48 12 22 62 - Email: cabinetdermatologie.jr@gmail.com