

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 canaux, 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 canaux.

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

Declaration de Maladie

N° W21-705973

113574

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4638 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : EL AMARI ABDEL M JID

Date de naissance : 08/12/1958

Adresse : 03 bd Ouis Saoui, Lot Amalouk, Anfa, CASABLANCA

Tél. : 0661541885

Total des frais engagés

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : HIAZI NADIA

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : 28 / 04 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



[illegible][illegible]

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

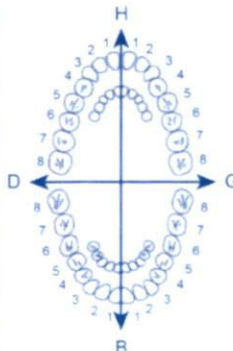
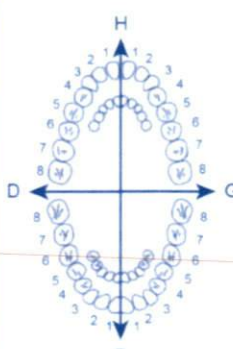
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'

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

INP :

--	--	--	--	--	--	--	--

FIN
D'EXECUTIONMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO		 الضمان الإجتماعي التأميني CNSS	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	
	Référence structurée : 220314446460295		Emis à Casablanca le :		مرجع رقم : REF : 610-2-06 :
	Identifiant de la famille : تعريف العائلة N° d'immatriculation : 141642936 Règlement du mois : 03/2022 Mode de paiement : Virement		HIJAZI NADIA LOT EL ANDALOUS N 9 BD DRISS SLAOUI VAL D'ANFA CASABLANCA 2037		
	Informations :			معلومات :	

مرجع الإشعار بالاستلام	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو 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
HIJAZI NADIA										
097847656	11/02/2022	AMK	MEDECIN SPECIALISTE	400,00	190,00	1,00	1,00	190,00	70	133,00
097847655	18/02/2022	AMK	MEDECIN SPECIALISTE	400,00	190,00	1,00	1,00	190,00	70	133,00
097847415	25/02/2022	AMK	MEDECIN SPECIALISTE	400,00	190,00	1,00	1,00	190,00	70	133,00
Total remboursé pour NADIA										399,00
Total général remboursé										399,00

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان



إفادة بالاستلام
Accusé de réception

Réf. 610-2-09

Date : mercredi 16 mars 2022 التاريخ:
Heure : 08 h 54 WET الساعة:

Destinataire :

المرسل إليه:

HIJAZI NADIA
LOT EL ANDALOUS N 9 BD DRISS SLAOUI VAL D'ANFA
20370
CASABLANCA



N° CNSS

141642936

رقم ص.و.ض.ج.

N° de la Carte Nationale d'Identité

BE64419

رقم البطاقة الوطنية للتعريف

Type dossier

Dossier de remboursement

نوع الملف

Valeur du dossier

400 Dhs

قيمة الملف

Nombre de pièce (y compris les feuilles de soins)

2 Pièces

عدد الوثائق (بما فيها أوراق العلاجات)

Bénéficiaire

HIJAZI NADIA

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

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 60

الفاكس

05 22 54 86 70

الهاتف

CASABLANCA

المدينة

Ville

1, Place Dakar, Rond Point

Chimicolor, Maison de l'assurance

العنوان

Adresse

ROCHES NOIRES

وكالة

Agence

Le droit de vous protéger CNSS Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf: ANVI 12/01		Feuille de Soins Maladie وزارة الصحة العامة بالبحرين Direction de l'Assurance Maladie Réf: 610-1-02 مرجع رقم: 610-1-02	
Entente préalable Entente préalable		Exécution Exécution	

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : H. J. A. Z. **N° CIN :** 086644436

N° Immatriculation : 14416442936

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

Adresse : 9 BD DRISS SLAOU - LOT ANBALOUS VAL DANFA. **Montant des frais :** 1490 Dhs

Nombre de pièces jointes : 8

Declaracion du medecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : H. J. A. Z. **N° CIN :** 086644436

Date de naissance : 14/02/2002

N° CIN : 086644436

Sexe : M

INPE et code à barres :

Medecin traitant

Etablissement de soins

Type de soins :

Hospitalisation ☐ **Accident** ☐ **Maladie** ☐ **Maternité** ☐ **Autre** ☐

Atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus

Le : 18/02/2002

Fait à : CASABLANCA

Signature de l'assuré(e)

Cachet et Signature du Medecin traitant ou de l'Etablissement de soins

Le : 18/02/2002

Fait à : CASABLANCA

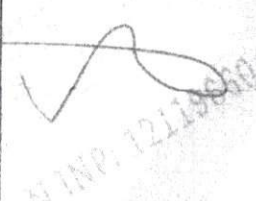
Je declare les informations ci-dessus sinceres et veritables

- Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres

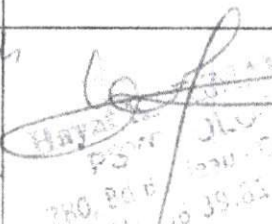
- Cocher la mention utile pour chaque case

CNSS, Place de DAKAH - Casablanca BP 3889 Casablanca Téléphone : 050 203 2233

18/02

Description des actes effectués				وصف العمليات المجرأة	
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	
18/02/2022				 NINP: 121198004	
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _					
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	
18/02/22				400dh	 Hayat EL BACHA PSN 280, Bd d'Alger 20100 Casablanca Tél: 39.61 41	
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _						
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Hayat Karim Allah
Psychologue Clinicienne
Autorisation SGS n° 9497
Autorisation Préfectorale n° 10633

DATE	MONTANT
18/02/22	400,00

Arrêtée la présente facture à la somme de quatre cents dirhams

Patient(e) suivi(e) : Mme Hijazi Nadia.

Fait à Casablanca le 18/02/22 pour servir et valoir ce que de droit

Cachet et Signature

Hayat Karim Allah

Psychologue Clinicienne

ICE :001905391000042

Tél: 06.89.81.41.87

Dr. HARRIZI Ilham

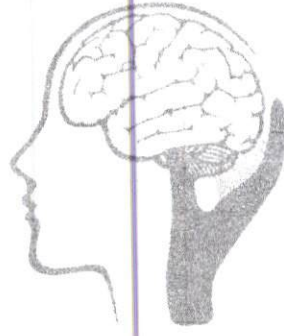
Psychologue

Adultes et enfants)

En médecin du CHU Ibn Rochd
Casablanca

Diplôme Universitaire en
Electro-Encéphalo-Graphie (Vidéo-EEG)

Diplôme Universitaire en
Electro-Neuro-Myo-Graphie (ENMG)



الدكتورة حريزي إلهام

اختصاصية في أمراض الدماغ، الأعصاب

العمود الفقري والعضلات

(الكبار والصغار)

طبيبة سابقة بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

دبلوم جامعي في التخطيط الكهربائي للدماغ

دبلوم جامعي في التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Casablanca le: 18/08/2022 في الدار البيضاء

Chère consœur,

Merci de voir The Hgazi

Nadia pour la séance
de psychothérapie

310 زاوية شارع الحرية و زنقة الحاج عمر الريفى الطابق 3 رقم 34. الدار البيضاء (فوق BMCI)

310, Angle Boulevard Liberté-Rue Omar Riffi, 3ème étage, Casablanca (A côté de 17 étages)

05 22 30 60 90 06 42 89 00 50 @neuo.ilham@gmail.com



إفادة بالاستلام
Accusé de réception

Réf. 610-2-09

Date : mercredi 16 mars 2022 التاريخ:
Heure : 08 h 53 WET الساعة:

Destinataire :

المرسل إليه:

HIJAZI NADIA
LOT EL ANDALOUS N 9 BD DRISS SLAOUI VAL D'ANFA
20370
CASABLANCA



N° CNSS	141642936	رقم ص.و.ض.ج.
N° de la Carte Nationale d'Identité	BE64419	رقم البطاقة الوطنية للتعريف
Type dossier	Dossier de remboursement	نوع الملف
Valeur du dossier	400 Dhs	قيمة الملف
Nombre de pièce (y compris les feuilles de soins)	2 Pièces	عدد الوثائق (بما فيها أوراق العلاجات)
Bénéficiaire	HIJAZI NADIA	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 أو الضمان على الأرقام

05 22 41 80 60 Fax 05 22 54 86 70 Tél CASABLANCA Ville 1, Place Dakar, Rond Point
Chimicolor, Maison de l'Assurance

العنوان
Adresse ROCHES NOIRES

وكالة
Agence

 Le droit de vous protéger CNSS وزارة الصحة Institut National de Santé Publique		Feuille de Soins Maladie ورقة العلاج للمريض بالمرض		Direction de l'Assurance Maladie مديرية التأمين الصحي الإجباري Obligatoire Rel. - 610-1-02 مرجع رقم		Rel. - ANAMI - 1234567
---	--	---	--	---	--	------------------------

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : **HI Jari**
 N° Immatriculation : **141642936**
 N° CIN : **8264449**

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) :
 علاقه القرابة بين المستفيد والمؤمن له (في حاله)
 Conjoint ☐ (C) Enfant ☐ (E)

Adresse : **9 BD ORISS SLOU - LOI ANDALOUS**
 Montant des frais : **450 DHS**
 Nombre de pièces jointes : **2**

Déclaration du médecin traitant :
 تصريح الطبيب المعالج
 Nom et prénom : **Hijez Narda**
 Date de naissance : **14/02/2027**
 N° CIN : **141642936**
 Sexe : ☒ M ☐ F

INPE et code à barres

Medecin traitant : **الطبيب المعالج**
 Etablissement de soins : **المستشفى العلاجي**

Type de soins :
 Hospitalisation ☐ Maternité ☐ Accident ☐ Maladie ☐ **مرض**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et vérifiées
 I declare the information above sincere and verified
 Fait à : **14/02/2027**
 Le : **14/02/2027**
 Signature de l'assuré(e) : **HI Jari**
 Cochet et Signature du Medecin traitant ou de l'Etablissement de soins : **Cosadlcn 9**

Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres

066 202 3033 - 066 202 3033

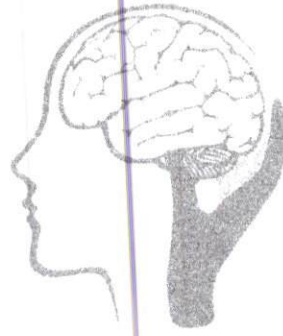
M/02

066 202 3033 - 066 202 3033

066 202 3033 - 066 202 3033

066 202 3033 - 066 202 3033

Dr. HARRIZI Ilham



الدكتورة حريزي إلهام

اختصاصية في أمراض الدماغ، الأعصاب
العمود الفقري والعضلات
(الكبار والصغار)

طبيبة سابقة بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

دبلوم جامعي في التخطيط الكهربائي للدماغ

دبلوم جامعي في التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

أخصائية (Adults and children)

(Adults and children)

ancien médecin du CHU Ibn Rochd
à Casablanca

Diplôme Universitaire en

Electro-Encéphalo-Graphie (Vidéo-EEG)

Diplôme Universitaire en

Electro-Neuro-Myo-Graphie (ENMG)

Casablanca le: 11/02/2022. الدار البيضاء في:

Chère consœur,

Merci de voir Mme Nadia
Hijazi pour ce séance
de psycho thérapie

310 زاوية شارع الحرية و زنقة الحاج عمر الريفي الطابق 3 رقم 34، الدار البيضاء (فوق BMCI)

310, Angle Boulevard Liberté-Rue Omar Riffi, 3ème étage, Casablanca (A côté de 17 étages)

05 22 30 60 90 06 42 89 00 50 @neuo.ilham@gmail.com

Hayat Karim Allah
Psychologue Clinicienne
Autorisation SGS n° 9497
Autorisation Préfectorale n° 10633

DATE	MONTANT
11/02/22	400,00

Arrêtée la présente facture à la somme de quatre cents dirhams

Patient(e) suivi(e) : Mme Hijazi Nadia.

Fait à Casablanca le 11/02/22 pour servir et valoir ce que de droit

Cachet et Signature
Hayat Karim Allah
Psychologue Clinicienne
ICE: 001905391000042
Tél: 06.59.00.41.87



إفادة بالاستلام
Accusé de réception

Réf. 610-2-09

Date : jeudi 17 mars 2022 التاريخ:
Heure : 10 h 27 WET الساعة:

Destinataire :

المرسل إليه:

HIJAZI NADIA
LOT EL ANDALOUS N 9 BD DRISS SLAOUI VAL D'ANFA
20370
CASABLANCA



97847415

N° CNSS	141642936	رقم ص.و.ض.ج.
N° de la Carte Nationale d'Identité	BE64419	رقم البطاقة الوطنية للتعريف
Type dossier	Dossier de remboursement	نوع الملف
Valeur du dossier	400 Dhs	قيمة الملف
Nombre de pièce (y compris les feuilles de soins)	2 Pièces	عدد الوثائق (بما فيها أوراق العلاجات)
Bénéficiaire	HIJAZI NADIA	المستفيد

Madame, Monsieur,

سيدي، 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 60
الهاتف 05 22 54 86 70
المدينة 1, Place Dakar, Rond Point
Ville Casablanca
Chimicolor, Maison de l'assure

الطنوان
Adresse ROCHES NOIRES
Agence

GSM 0661144206

 التأمين الإجتماعي +20302+ +20302+ CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	Réf. - 610-1-02 مرجع رقم
	موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *		

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

 الاسم العائلي والشخصي : **H I J A Z I N A D I A**

 N° Immatriculation : **141642936** رقم التسجيل :

 N° CIN : **BE 64419** رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)

 Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐
 Adresse : **9 BD ORISS SLAOUI - LOT ANDALOUS VAL D'ANFA.** العنوان :

 Montant des frais : **400** درهم Dhs مبلغ المصاريف :

 Nombre de pièces jointes : **2** عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant : تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات

 Nom et prénom : **H I J A Z I N A D I A** الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : تاريخ الميلاد :

N° CIN : رقم بطاقة التعريف الوطنية :

 Sexe * : **M** ذكر ☐ **F** أنثى ☐ الجنس :

INPE et code à barres ** : الرقم الوطني الاستدلالي والرقم الاستشغالي

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

Type de soins * : نوع العلاجات

 Hospitalisation ☐ استشفاء ☐ Maternité ☐ أمومة ☐ Accident ☐ حادث ☐ Maladie ☐ مرض ☐

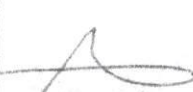
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant أشهد بحسب الحق كل ما ذكر أعلاه Fait à : Casablanca في : Le : 25/02/2022 في : توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه Fait à : Casablanca في : Le : 25/02/2022 في : توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins
--	---

* Cocher la mention utile pour chaque case


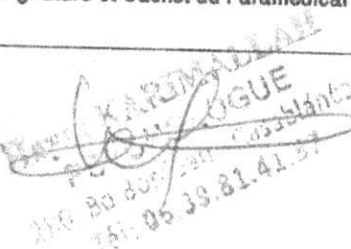
** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres

 الهاتف : 090 203 3333 - الفاكس : 2186 - البريد الإلكتروني : casablanca@cnss.ma
 CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP 2186 - Gite Téléphone : 090 203 3333

25/02

Description des actes effectués				وصف العمليات المجرة	
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	
25/02/2022	CG				
INPE et code à Barres					
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	
25/02/22				4000	 	
INPE et code à Barres						
INPE et code à Barres						

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

HARRIZI Ilham

ue

et enfants)

decin du CHU Ibn Rochd

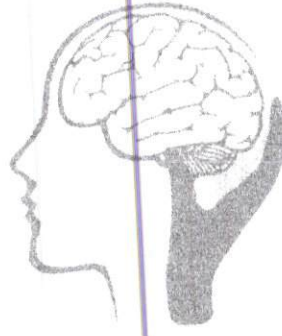
ablanca

e Universitaire en

o-Encéphalo-Graphie (Vidéo-EEG)

me Universitaire en

tro-Neuro-Myo-Graphie (ENMG)



الدكتورة حريزي إلهام

اختصاصية في أمراض الدماغ، الأعصاب

العمود الفقري والعضلات

(الكبار والصغار)

طبيبة سابقة بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

دبلوم جامعي في التخطيط الكهربائي للدماغ

دبلوم جامعي في التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Casablanca le: 25/02/2022 في الدار البيضاء

Chère Constance,

Merci de m'avoir

Mme Hajarzi Nadia

Pour ce séance de
psychothérapie

310 زاوية شارع الحرية و زنقة الحاج عمر الريفى الطابق 3 رقم 34، الدار البيضاء (فوق BMCI)

310, Angle Boulevard Liberté-Rue Omar Riffi, 3ème étage, Casablanca (À côté de 17 étages)

05 22 30 60 90 06 42 89 00 50 @neuo.ilham@gmail.com

Hayat Karim Allah
Psychologue Clinicienne
Autorisation SGS n° 9497
Autorisation Préfectorale n° 10633

DATE	MONTANT
25/02/22	400,00

Arrêtée la présente facture à la somme de quatre cents dirhams

Patient(e) suivi(e) : Mme Hijazi Nadia.

Fait à Casablanca le 25/02/22 pour servir et valoir ce que de droit

Cachet et Signature
Hayat Karim Allah
Psychologue Clinicienne
ICE : 0019053910000426 39.81/41.27