

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

- Reclamation : 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'Horloge 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° W21-680248

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2509 Société : ROYAL AIR MAROC
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AHADMI ABA
 Date de naissance : 04/10/1957
 Adresse : HABITAT
 Tél. : 066 1095613 Total des frais engagés : 145000 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 : Le : 28/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-680248

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 2509
 Nom de l'adhérent(e) : AHADMI
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures...).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les ordonnances transmises doivent être accompagnées des codes à barres des médicaments achetés.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNSS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a un traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Certaines prestations ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à un accord préalable. La liste de ces dernières est disponible auprès de tout le réseau CNSS.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير،...).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي 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 التعريفية الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات بظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة. لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي.

الآخطار 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 الإجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent : Date de dépôt du dossier : 11/11/2021	Date d'arrivée : 11/11/2021

	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم 610-1-03
موافقة مسبقة Entente préalable *	تنفيذ Exécution *	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم 610-1-03
N° Dossier :		
Partie réservée à l'assuré(e)		
Nom et prénom : S. R. A. I. R. I. A. B. A. L. E. L. E. L. A. H.		
N° Immatriculation : 1176449610		
N° CIN : 171096719		
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/>		
Adresse : 20772 Diakar N° 10 Sid El Abco Temara		
Montant des frais : 4.645.000 Dhs.		
Nombre de pièces jointes :		
Déclaration du Médecin traitant		
Bénéficiaire de soins		
Nom et prénom : M. S. R. A. I. R. I. A. B. A. L. E. L. E. L. A. H.		
Date de naissance : 11/11/2021		
N° CIN : 171096719		
Sexe : M <input checked="" type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى		
INPE et code à barres **		
Médecin traitant الطبيب المعالج	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية	
Type de soins		
Admission ALD : Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>		
N° dossier ALD : 1111111111		
Code ALD : 1111111111		
Maladie* : <input type="checkbox"/> مرض <input checked="" type="checkbox"/> استشفاء*		
Hospitalisation* : <input type="checkbox"/>		
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.		
Fait à :		
Le : 11/11/2021		
Signature de l'assuré(e)		
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.		
Fait à :		
Le : 11/11/2021		
Signature et Cachet du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins		

* Cocher la mention utile pour chaque cas
 ** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres.
 080 200 7200 / 080 203 3333 الهاتف المخطط - 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333
 Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333
 GSM: 06 68 95 2186 INPE: 1176449610

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 و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant		
14.06.22	4	-	9	Dr. LYOUSSI Mouna NEPHROLOGUE 2, Imm. 200, Av. Moulay Ali Cherif Cité Massing I-Témara GSM: 06 68 95 50 64 / 05 37 62 96 INPE: 1012088558		
INPE et code à Barres 111111111111						
INPE et code à Barres 111111111111						

[illegible]

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie							عمليات الإحياء، الأشعة و الصور
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes				معامل العمليات Lettre clé + Cotation- NGAP/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 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _							

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire -			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures...).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les ordonnances transmises doivent être accompagnées des codes à barres des médicaments achetés.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNSS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a un traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Certaines prestations ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à un accord préalable. La liste de ces dernières est disponible auprès de tout le réseau CNSS.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير...).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي 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 التعريفية الوطنية المرجعية.


تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة. لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي.

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 الإجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

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

 <p>الضمان الإجتماعي NIXON FACH CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p> <p>موافقة مسبقة * Entente préalable *</p> <p>تنفيذ * Exécution *</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>مرجع رقم 610-1-03 Réf. : 610-1-03</p>
N° Dossier :		
خاص بالمؤمن له (لها) Partie réservée à l'assuré(e)		
الإسم العائلي والشخصي : <u>S. R. A. I. R. i. A. b. d. e. C. i. l. a. h.</u> Nom et prénom :		
رقم التسجيل : <u>1276449619</u> N° Immatriculation :		
رقم بطاقة التعريف الوطنية : <u>12800679</u> N° CIN :		
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) * Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *		
ابن <input type="checkbox"/> Enfant زوج <input type="checkbox"/> Conjoint		
العنوان : <u>Lot 42 Bihlar N° 10 Secteur Aboul Temara</u> Adresse :		
مبلغ المصاريف : <u>40.000.000 Dhs.</u> Montant des frais :		
عدد الوثائق المرفقة : <u>1</u> Nombre de pièces jointes :		
تصريح الطبيب المعالج Déclaration du Médecin traitant		
المستفيد من العلاجات Bénéficiaire de soins		
الإسم العائلي والشخصي : Nom et prénom :		
تاريخ الميلاد : Date de naissance :		
رقم بطاقة التعريف الوطنية : N° CIN :		
الجنس : * Sexe : *		
أنثى <input type="checkbox"/> F ذكر <input type="checkbox"/> M		
الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشترك ** INPE et code à barres **		
الطبيب المعالج Médecin traitant	المؤسسة العلاجية Etablissement de soins	
نوع العلاجات Type de soins		
قبول المرض المزمن * : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
رقم ملف المرض المزمن : N° dossier ALD :		
رمز المرض المزمن : Code ALD :		
مرض * <input type="checkbox"/> Maladie * استشفاء * <input type="checkbox"/> Hospitalisation *		
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.		
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré (e)		
أشهد بصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.		
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins		

* Oublier 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.
 080 200 7200 / 080 203 3333 الهاتف المحطة - الدار البيضاء من ب. 2186 - الدار البيضاء المحطة - الدار البيضاء من ب. 2186
 Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

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

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

<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 وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية</p> <p>Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux</p>
<p>INPE et code à Barres</p> <p>_____</p>		
<p>INPE et code à Barres</p> <p>_____</p>		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

DR. LYOUSSI MOUNA

الدكتورة اليوسي موني

Neurologue - Epileptologue

(Adulte et Enfant)

Maladies du cerveau - Moelle épinière - Système nerveux

Périphérique et Muscles

Explorations neurophysiologiques: EEG - Video EEG - ENMG



اختصاصية في الجهاز العصبي ومرض الصرع
(الكبار والصغار)

امراض الدماغ الاعصاب النخاع الشوكي والعضلات

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)

التخطيط الكهربائي للاعصاب والعضلات

Témara le: 14 Juin 2012 تمارة في

Dr. BRAHBI Abdelhak.

Aspiraten trockel Aspirat.

1450,00

Dr. LYOUSSI Mouna

NEUROLOGUE

2, Imm. 209, Av. Moulay Ali Cherif

Cité Massira I - Témara

GSM: 06 63 35 50 54 - Fixe: 05 37 62 96 90

INPE: 1012088553

عمارة 209 - رقم 2 شارع مولاي علي الشريف - المسيرة 1 - تمارة

Imm. 209, Appt N°2, Avenue Moulay Ali Cherif, Cité Massira I - TEMARA

E-mail: dr.lyoussi@gmail.com - Tél: 05 37 62 96 90

بيان تعويضات التأمين الصحي
الإجباري

**RELEVÉ DES PRESTATIONS
AMO**



الضمان الاجتماعي
C N S S

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : REF : 610-2-06 :

Référence structurée : 220820173909036

Emis à Casablanca le :

Page : 1

Identifiant de la famille

N° d'immatriculation : 176440610
Règlement du mois : 08/2022
Mode de paiement : Virement

تعريف العائلة

SRAIRI ABDELILAH
LOT IZDIHAR N° 10 SID EL ABED SKHIRAT
TEMARA 1204

Informations :

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	المعاملات 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
SRAIRI ABDELILAH										
096578974	09/08/2022	PH7	FOURNISSEUR	1 450,00	1 450,00	1,00	1,00	1 450,00	85	1 232,50
Total remboursé pour ABDELILAH										1 232,50
Total général remboursé										1 232,50

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Commentaire ASPIRATEUR TRACHÉAL ACHAT 1450 DH



Casablanca, le 04/07/2022 في الدار البيضاء، في

Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مديرية التأمين الصحي الإجباري

MR SRAIRI ABDELILAH
LOT IZDIHAR N° 10 SID EL
12040 TEMARA

CNSS

086863572

AMO

Réf : N° d'immatriculation 176440610

Objet : Avis favorable de l'entente préalable

الموضوع : قبول الموافقة المسبقة

Madame, Monsieur,

سيدتي، سيدي

En réponse au dossier d'entente préalable numéro
86863572 , reçu le 29/06/2022, nous vous faisons
part de notre accord pour :

جوابا على الملف رقم 86863572 المتعلق
بالموافقة المسبقة والذي وافقتمونا به
بتاريخ 29/06/2022، نطلعكم على موافقتنا
بخصوص

L'assuré
Le bénéficiaire
Le prescripteur
La quantité
le montant
La validité de l'entente préalable

SRAIRI ABDELILAH
SRAIRI ABDELILAH

1

1450

du 29/06/2022 au 31/12/2022

المؤمن
المستفيد
الطبيب الوصف
الكمية
المبلغ

صلاحية الموافقة المسبقة

Le présent accord, est délivré au bénéficiaire, pour
lui permettre le remboursement des frais engagés
dans la limite de la quantité indiquée ci-dessus, et en
application de la tarification nationale de référence.

هذه الموافقة سلمت للمستفيد قصد تمكينه من تعويض
المبالغ المصروفة، في حدود الكمية المحددة أعلاه وتطبيقا
للتعرفة الوطنية المرجعية

Aussi, nous vous signalons que le dépassement du
délai de validité de l'entente préalable sus mentionné
rend le présent avis sans effet.

كما نشير انتباهكم إلى أن عدم تلقي العلاجات داخل
الآجال المشار إليها أعلاه، يفقد هذه الموافقة
صلاحيتها

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de
nos salutations distinguées.

وتفضلوا سيدتي، سيدي، بقبول خالص تحياتنا

مصلحة الموافقة المسبقة والتحمل
Service Entente Préalable et Prise en Charge

R4857



DEPOT TEMARA

Agent commercial : BAKKAL_MOUNA

ICE Client :

INP Client :

N° Client : C22-0057883

MR SRAIRI ABDELILAH

0000000000

N°	Code TVA	Description	Quantité	P.U.TTC	Remise	P.U. Net .TTC	Montant TTC
CA310001	TVA20	ASPIRATEUR TRACHEAL NEW ASPIRET BOCAL DE 1L	1,00	1 450,00		1450	1 450,00

LOCAMED SERVICE
MATÉRIEL MÉDICAL
Vente en Magasin
Non valide pour toute autre destination
Temara Centre, Angle Hassan II et Avenue Hassan
Tél : 05 37 41 39 84

Code	Base	Taux	VAT Amount
TVA20	1 208,33	20 %	241,67
Total	1 208,33		241,67

Total HT 1 208,33
Total TVA 241,67
Total TTC 1 450,00

Arrêtée la présente Devis à la somme de TTC :
**** MILLE QUATRE CENT CINQUANTE dirhams

Call Center 05 37 63 27 28 / 05 22 86 22 22 - info@locamed.ma - www.locamed.ma

LOCAMED SERVICE S.A.R.L AU CAPITAL 17.800.000 DHS - C.N.S.S : 2445642 - R.C. : 30269 - Patente : 25103476 - I.F. : 3315150
Siège Social : 11, rue Mamounia (ex CTM) - Rabat Siège Administratif : Angle Av. Med VI et Av. El Haouz - Rabat - Maroc
Tél. : 05 37 63 08 07 / 05 37 63 26 00 - Fax : 05 37 63 00 86 - ICE : 001526686000016 - info@locamed.ma - www.locamed.ma

CASABLANCA

Arjoun: 7, rue Lahcen Arjoun (face hôpital 20 Août), quartier des Hôpitaux.

Tél : 05 22 86 39 89 / 05 22 86 16 83 / 05 22 86 37 17

Ghandi: 60, Boulevard Ghandi, quartier Essalam Tél : 05 22 94 20 43 / 05 22 86 22 22

Goulmima: 627, rue Goulmima Casa-Anfa (à proximité hôpital My Youssef) Tél : 05 22 20 20 98 / 05 22 20 21 04

Hôpitaux: 46, rue des hôpitaux. Tél : 05 22 47 63 70 / 05 22 47 48 30

RABAT

Arribat Center: Av Nations-Unies, Al Abtal, Inaouin et Omar Ibn Al Khattab, Agdal. Tél : 05 37 68 13 12

Zaer: Angle Av. Mohamed VI et Av El-Haouz. Tél : 05 37 63 27 28 / 05 37 63 26 05

Mamounia : 11 rue Mamounia (ex CTM) centre ville Tél : 05 37 70 40 40 / 05 37 70 00 77

MONAMMEDIA Magasin N°4 immeuble B, place Mohammed VI, résidence du Centre Mohammed Tél : 05 23 31 71 84

MARRAKECH Avenue, Yacoub el Mansour N°: 2 Résidence Ahlam Guéliz (près de centre Américain) Tél : 05 24 43 15 00 / 05 24 43 14 50

AGADIR Marjane Agadir, Avenue Mohammed VI, Founty, Agadir Tél : 05 28 38 67 49

KÉNITRA Angle Avenue Ahmed Diori et Avenue Moulay Abderrahmane Tél : 05 37 36 74 28 / 05 37 37 74 75

FÈS Angle Av. des FAR et rue Ahmed Chbihi (en face de central banque chaabi) Tél : 05 35 62 51 62 / 05 35 62 51 61

MEKNÈS 16, Avenue Amir Moulay Abdellah Manzeh, Meknes (à côté de Polyclinique Alaoui) Tél : 05 35 52 83 13

TANGER 6, résidence Saghinia2, Av Sidi Mohamed Ben Abdellah Quarter Iberia. Tanger Tél : 05 39 33 55 40 / 05 39 37 23 67

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

1) Date de la Consultation

14/06/2022

2) Renseignements Clinique Sommaire :

SLA avec atteinte bulbair

3) Traitement envisagé et actes correspondant à la cotation indiquée sur la note réf.

Rituch

Aspiration des crachats

4) Durée prévisible du traitement

A. Tenue le 14/06/2022

VISA ET CACHET DU MEDECIN

Dr. LYOUSSE Mouna
NEUROLOGUE
2, Immeuble 209, Av. Moulay Ali Cherif
Sidi Mouslim, El Tamara
GSM: 09 67 35 50 50 - Fixe: 05 47 67 06 90
INSEE: 4012032553

Indice de révision : 02

REF. : 451-4-45



إفادة بالاستلام
Accusé de réception

Réf. 610-2-09

Date : mercredi 27 juillet 2022 التاريخ:
Heure : 14 h 00 WET الساعة:

Destinataire :

المرسل إليه:

SRAIRI ABDELILAH
LOT IZDIHAR N° 10 SID EL ABED SKHIRAT
12040
TEMARA



96551024

N° CNSS	176440610	رقم ص.و.ض.ج.
N° de la Carte Nationale d'Identité	A800679	رقم البطاقة الوطنية للتعريف
Type dossier	Dossier de remboursement	نوع الملف
Valeur du dossier	1450 Dhs	قيمة الملف
Nombre de pièce (y compris les feuilles de soins)	3 Pièces	عدد الوثائق (بما فيها أوراق العلاجات)
Bénéficiaire	SRAIRI ABDELILAH	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 المعلومات ذات الطابع الشخصي طبقاً لمقتضيات القانون 08-09 المتعلق بمعالجة الأشخاص الذاتيين تجاه معالجة المعلومات 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 sur numéros

www.cnss.ma

www.cnss.ma/Portail/

Ma CNSS

080 20 30 100

080 203 1111 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات :

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني

أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم

أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم