

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

Matricule : 1846 Société : RAN

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : RHAZOUANI NED EL MAHROU

Date de naissance : 07-10-1954

Adresse : Resid AN D A loussia 10083 APT8 CASA

PO ANOUAL

Tél. 0661462619

Total des frais engagés : 1297,00 Dhs

Cachet du médecin : Mutuelle Complémentaire

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ZOHRY FATIMA Age : 71ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : Casablanca

Le : 08/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :



8

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
D	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the HGD model's architecture as a 3D grid of nodes. The vertical axis is labeled with the letter H at the top. The horizontal axis is labeled with the letter D on the left and G on the right. The depth axis is labeled with the letter B at the bottom. Nodes are arranged in layers along the vertical axis. Each node is represented by a small circle containing a number or letter. The numbers 1 through 8 are distributed across the grid, with some nodes also containing letters H, Y, or D. The arrangement follows a specific pattern: layer 1 has nodes 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8; layer 2 has nodes 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7; layer 3 has nodes 3, 4, 5, 6, 7, 8, H, Y; layer 4 has nodes 4, 5, 6, 7, 8, Y, D, H; layer 5 has nodes 5, 6, 7, 8, Y, H, D, Y; layer 6 has nodes 6, 7, 8, Y, H, D, Y, Y; layer 7 has nodes 7, 8, Y, H, D, Y, Y, Y; layer 8 has nodes 8, Y, H, D, Y, Y, Y, Y.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

 الضمان الاجتماعي CNSS	البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري Relevé périodique des prestations AMO		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. : 610-2-06 مرجع رقم : 610-2-06	
	Emis à : CASABLANCA Le : 02/02/2023	أصدر ب : بتاريخ :	Page 1 / 1	الصفحة
N° d'immatriculation 192159815 رقم التسجيل Règlements de la période أداءات الفترة du : 23/11/2022 من : au : 23/11/2022 إلى :		Destinataire ZOHRY FATIMA		

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au cours de la période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي
استقدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
ZOHRY FATIMA											
94362413	24/10/2022	C	MEDECINE GENERALE	100,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70,00	23/11/2022	56,00
94362413	24/10/2022	PH	PHARMACIES D OFFICINES PHARMACIES D OFFICINES	614,70	0,00	1,00	10,00	0,00	0,00	23/11/2022	397,25
94362412	10/10/2022	PH	MEDECINE GENERALE	483,40	0,00	1,00	9,00	0,00	0,00	23/11/2022	287,42
94362412	10/10/2022	C		100,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70,00	23/11/2022	56,00
Total remboursé						مجموع مبلغ التعويض					
Total général remboursé						مبلغ التعويض الاجمالي					

- Sauf erreur ou omission

ـ ما عدا خطأ أو نسيان

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

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 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 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 وكل حدث.

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

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

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشرطي للأدوية المشتراء.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المتصروفة على أساس التغطية الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات. يطلب رهينا بطلب الموافقة المسبقة.

لائحة 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 تصرح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل 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: ٢٠١٩-٠٣-٢٠١٩

Date d'arrivée: ٢٠١٩-٠٣-٢٠١٩

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de Soins Maladie



* موافقة مسبقة
Entente préalable *

* تنبيه
Exécution *

Réf. ANAM : 610-1-02

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي : _____

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية : ٢٠١٩-٠٣-٢٠١٩-٤٦١٦١٢١٤١-١٦١٦١٢١٤١

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)

Conjoint Enfant أبن

العنوان :

RESID AULALIA DDA 83APT 8 BA ANUAL C78A

583,40 Dhs

Montant des frais :

٤٤

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : Mme Zohra Fatma

Date de naissance :

N° CIN: ٢٠١٩-٠٣-٦٦٢٦١٥

Sexe* : M ذكر F أنثى

INPE et code à barres **

INPE: 09114918-1

Médecin traitant
الطبيب المعالج

Etablissement de soins
المؤسسة العلاجية

نوع العلاجات

Hospitalisation استشارة Maternité أمومة Accident حادثة Maladie مرض

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

Fait à :

Le :

٢٠١٩-٠٣-٢٠١٩

في:

Zohra

توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré(e)

أشهيد بصدقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à :

Le :

٢٠١٩-٠٣-٢٠١٩

في:

Zohra

نوع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

BD SIDI EL HAFID BP 2186 CASABLANCA
Tél: 0657 03 02 01 - INPE / CESTRAPI
CNSS Place de DAKAR - Casablanca BP: 2186 Casa Gare Téléphone : 060 203 3333

- Cocher la mention utile pour chaque case

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

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة داكار - الدار البيضاء من ٢١٨٦، الهاتف. ٠٦٠ ٢٠٣ ٣٣٣٣

CNSS_Place de DAKAR - Casablanca BP: 2186 Casa Gare Téléphone : 060 203 3333

عمليات الازحياء، الأشعة والصور

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

Description des actes effectués وصف العمليات المجرأة

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	الملبغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
10/10/22			100 D H	Docteur Fatima MZERD Résidence plazama, Lot N° 4 Bd Ouled El Fassi - Casablanca Tel : 0667 03 02 61 - INPE : 09114918
INPE et code à Barres				
INPE 09114918				

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	الملبغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
INPE et code à Barres						
INPE et code à Barres						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإيجياني

Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	الملبغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإيجياني Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

توقيع وطابع الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية

Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية
10/10/22	483,40	PHARMACIE ASKIA Dr. M SIK Lamia Résidence Andajousia E 74 N° 4 Cité Plateau - Casablanca Tél: 0522 25 93 20 - Fax: 0522 00 15
INPE et code à Barres		
INPE 092086933		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

AUGMENTIN 1 g/125 mg
16 sachets



6 118000 160182

AUGMENTIN 1 g/125 mg
16 sachets



6 118000 160182

EFFIPRED®

20 Comprimés effervescents 20 mg



6 118000 031369

Doliprane® 500 mg
PARACETAMOL

12 Sachets



6 118000 040330

Doliprane® 500 mg
PARACETAMOL

12 Sachets



6 118000 040330

Doliprane® 500 mg
PARACETAMOL

12 Sachets



6 118000 040330

Doliprane® 500 mg
PARACETAMOL

12 Sachets



6 118000 040330

TARAXET® 25 mg

30 Comprimés pelliculés sécables
AMM N° 347/15 DMP/21/NNP



6 118000 022954

TARAXET® 25 mg

30 Comprimés pelliculés sécables
AMM N° 347/15 DMP/21/NNP



6 118000 022954

Docteur Fatima MZERD

الدكتورة فاطمة مزرد

Médecine Générale

الطب العام

Echographie

الفحص بالأشعة

Analyse Diabète

تحليلات السكر

Enfant, Femme & Homme

أطفال، نساء و رجال



Casablanca, le 10/10/2022

20 H Dr Fatima

168,20 x 2

11 Aug 14



1ml VS

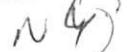
40,00



Docteur Fatima MZERD
Résidence Oussama, Lot N° 4
Bd Driss El Harti - Casablanca
Tel: 0667 03 02 61 - IMPE: 091114916

14,40 x 4

3) Dose poudre



24,70 x 2

1ml VS

41 Tawail 215



181 Vm

Docteur Fatima MZERD
Résidence Oussama, Lot N° 4
Bd Driss El Harti - Casablanca
Tel: 0667 03 02 61 - IMPE: 091114916

Total 483,40

HARMACIE ASKIA

(قاعة أسامة ، شارع ادريس الحارثي (فوق قاعة) الدار البيضاء - الهاتف : 06 67 03 02 61)
Résidence Oussama, 2ème Etage, Appt 3, Lot N° 4 - Bd Driss El Harti - Casablanca
Tél: 0522 25 93/20 - Fax: 0527 99 15



TSVP

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 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 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 اتباعها

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 الشرطي للأدوية المشتراء.

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 التعريفة 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 تصریح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهن باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

توقيع و طابع الوكالة
Cachet et signature de l'Agence

خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

Identification de l'agent :

تاريخ الإيداع: ٢٠١٩-١٢-٢٤

Date d'arrivée: ٢٠١٩-١٢-٢٤

تاريخ الاستلام: ٢٠١٩-١٢-٢٤

 CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie	 REF. ANAM : 1.2.01.01
<input checked="" type="checkbox"/> موافقة مسبقة * Entente préalable *	<input checked="" type="checkbox"/> تنفيذ * Exécution *	Réf. - 610-1-02

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

REF. ANAM : 1.2.01.01

خاص بالمؤمن له (لها)

رقم التسجيل :

ZOHRY FATIMA

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

١١٩٢١٥٩٨١٥١

١٣١٢٦٦٢٦١٠

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *

Conjoint Enfant أبن

زوج

Adresss : RESID ANDALOUSSIA D 83 API 8 B DANOUAL CASA العنوان :

Montant des frais : ٧١٤,٧٠ Dhs

٤٢

Nombre de pièces jointes :

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

INPE : 0911 918

INPE : 0911 918

Etablissement de soins

المؤسسة العلاجية

Type de soins*

Hospitalisation

Maternité

أمومة

Accident

Haditha

Maladie

مرض

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

Fait à :

Le : ٢٠١٩-١٢-٢٤

في : ٢٠١٩-١٢-٢٤

توقيع المؤمن له

Signature de l'assuré (e)

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus

sincères et véritables.

Fait à :

Le : ٢٠١٩-١٢-٢٤

في : ٢٠١٩-١٢-٢٤

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية

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

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

بـ:

في:

أشطب الخلدة المناسبة

* Cocher la mention utile pour chaque case

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

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، ساحة ناكل - الدار البيضاء ص 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف : 080 203 3333

CNSS_Place de DAKAR_BP. 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة					
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
26/10/2022			100 04		
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 المفوت Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

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 المفوت Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
24/10/2022	614,90	PHARMACIE ASKIA Dr. M SIK Larissa Résidence Andalousia E 74 N° 4 Cité Plateau - Casablanca Tél: 0522 25 93 20 - Fax: 0522 99 15 51
INPE et code à Barres	092066933	
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



6 118000 081890

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC B50
P.P.V : 41DH80
LOT : 22E001
PER : 04/2025

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC B50
P.P.V : 41DH80
LOT : 21E016
PER : 11/2024

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
LOT : 22E003
PER : 09/2023

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
LOT : 22E003
PER : 09/2023

Ineso 20 mg
28 Gélules
Deva Pharmaceutique

AZIX® 500 mg
Azithromycine
3 Comprimés sécables

AZIX® 500 mg
Azithromycine
3 Comprimés sécables

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC B50
P.P.V : 41DH80
LOT : 22E003
PER : 04/2025

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC B50
P.P.V : 41DH80
LOT : 22E003
PER : 04/2025

Docteur Fatima MZERD

Médecine Générale
Echographie
Analyse Diabète
Enfant, Femme & Homme

الدكتورة فاطمة مزرد



الطب العام
الفحص بالأشعة
تحليلات السكر
أطفال، نساء و رجال

Casablanca, le : 24 / 10 / 2022

Dr H Ry Fatima

n^o 1) 30,70 x 2
n^o 1) Kandegc 75 
29,70 x 2
n^o 2) A251 75 
41,80 x 1
n^o 3) A1151 75 
139,00 14 el de
187,00 Fw w du 
187,00 Rasw uj 14 (2nd)
----- 
Total: 614,72

PHARMACIE
Dr. MSAK LAMIA
Résidence ANDALOUSIA E 74
N° 4 Cité PLATEAU - Casablanca
Tél: 0522 25 93 00 . F.

إقامة أسامة، الطابق الثاني، شقة 3 تجزئة 4 - شارع ادريس الحارثي (فوق قاعة) الدار البيضاء - الهاتف : 06 67 03 02 61
Résidence Oussama, 2ème Etage, Appt 3, Lot N° 4 - Bd Driss El Harti - Tél. : 06 67 03 02 61 - Casablanca

T S R P.