

# 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.

M23-006220

56360

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 28.84

Société : .....

Actif

Pensionné(e)

Autre : .....

Nom & Prénom : JOUAHI AIFI A / DRissi KAÏTouli

Date de naissance : 02/11/61

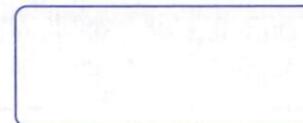
Adresse : 52, RUE TERMIDI MAARIF CASA

Tél. : 06.64.00.30.12

Total des frais engagés : 2800,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/02/2023

Nom et prénom du malade : JOUAHI AIFI Age : .....

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 : Casa

Le : 06/04/23

Signature de l'adhérent(e) :

?



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.

توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence		خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent : .....		
Date d'ouverture du dossier : .....		
Date d'arrivée : .....		
Date d'admission : .....		

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

يجب إرئاق ورقة العلاجات بجمع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، ...).

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

يجب إرئاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المثبتة.

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 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تمويل المبالغ المتصروفة على أساس التعرفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يطلب رهينا بطلب الموافقة.

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطر الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ابنته عليه غش أو تصرّف كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة. سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التبييض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما يسبق ذكره.

 الصندوق الاجتماعي الوطني CNSS Le devoir de vous protéger	06 6400 3042	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض	Feuille de Soins Maladie	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
	موافقة مسبقة *	تفيد *	Exécution *	Ref. ANAM-1-02 مرجع رقم

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : JOUAHLI AFIFA

N° Immatriculation : 111116882331

N° CIN :

رقم بطاقة التعريف الوطنية : 1381441761381

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (الها) :

Conjoint  نوج

Enfant  ابن

العنوان : 52, RUE TERMIDA MAARIF CASA

Montant des frais :

2800,00 درهم

مبلغ المصروف :

عدد الوثائق المرفقة :

تصريح الطبيب المعالج  
المستفيد من العلاجات

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : JOUAHLI AFIFA

Date de naissance : 10/01/1960

N° CIN: B-1441761381 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

جنس :  M ذكر  F أنثى

INPE et code à barres : 09-1117671

Médecin traitant  
الطبيب المعالج

Etablissement de soins  
المؤسسة العلاجية

Type de soins :

Hospitalisation  استشفاء  Maternité  نومه  Accident  حادث  Maladie  مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.  بصحة كل ما ذكر أعلاه  
Je déclare sous l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.  بصحة كل ما ذكر أعلاه  
Fait à : Le : 09-08-2023

Signature de l'assuré : Doctor Chirurgien Clinique Atlas Casablanca

Signature de l'assuré : Signature de l'assuré

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب المعالج  Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

نفع وطابع الطبيب

العمليات الإحيائية، الأشعة والتصوّر

توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحصائي  
Signature et Cachet du Radiologue ou  
Biologiste

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					عمليات الإحياء، الأشعة والصور
Date des actes	ناریخ العمليات	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوت 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 المهمونة

نوفل وطبع الصدلي أو ممون التجهيزات  
الطبعة

نارخ التنفيذ Date d'exécution	النسم المفوتر Prix facturé	Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
INPE et code à Barres [REDACTED]		
INPE et code à Barres [REDACTED]		

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

Prestations et services non pris en charge	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total
Nature de la prestation			

Description des actes effectués					وصف العمليات المجرأة
نوعي وملئ الطبيب المعالج	Signature et cachet de Médecin	العنوان	العنوان	العنوان	العنوان
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	البليغ المفوتر Montant facturé	العنوان	العنوان
09/02/2023		Joint facture 1000 le joi 10/02/2023	1000	Dr. BOUBADDI N. RAD Chirurgien 21 Gastroentérologue FACTURATION 27 rue Jean Jaurès Casablanca Tél: +212 522 279 494 - Fax: +212 522 279 494 INPE: 0900023729	Dr. BOUBADDI N. RAD Chirurgien 21 Gastroentérologue FACTURATION 27 rue Jean Jaurès Casablanca Tél: +212 522 279 494 - Fax: +212 522 279 494 INPE: 0900023729
09/02/2023		Joint facture 1800 le joi 10/02/2023	1800	Dr. BOUBADDI N. RAD Chirurgien 21 Gastroentérologue FACTURATION 27 rue Jean Jaurès Casablanca Tél: +212 522 279 494 - Fax: +212 522 279 494 INPE: 0900023729	Dr. BOUBADDI N. RAD Chirurgien 21 Gastroentérologue FACTURATION 27 rue Jean Jaurès Casablanca Tél: +212 522 279 494 - Fax: +212 522 279 494 INPE: 0900023729

CIM-10

Actes Paramédicaux						عمليات المساعدين الطبيين
نوع العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معلم العمليات Lettre clé + cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر 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



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 :

	Emis à : Le : N° d'immatriculation	CASABLANCA 09/03/2023 111688233	أصدر ب : بتاريخ : رقم التسجيل أداءات الفترة	Page 1 / 1	الصفحة
		Destinataire		المرسل إليه	
Règlements de la période du : 07/03/2023 : من au : 07/03/2023 : إلى		JOUAHRI AFIFA			

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

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

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الإداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de rembour- sement	Taux de rembours- ement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
<b>JOUAHRI AFIFA</b>											
94419962	09/02/2023	J417	Clinique Privée	1000,00	1000,00	1,00	1,00	1000,00	70,00	07/03/2023	700,00
94419962	09/02/2023	J304	Clinique Privée	1800,00	1000,00	1,00	1,00	1000,00	70,00	07/03/2023	700,00
<b>Total remboursé</b>						مجموع مبلغ التعويض					
<b>Total général remboursé</b>						مبلغ التعويض الاجمالي					

- Sauf erreur ou omission

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 D'AMANE aux numéros

[www.cnss.ma](http://www.cnss.ma)  
[www.cnss.ma/Portail/](http://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 بالمركز للاتصال أو الضمان على الأرقام

**F A C T U R E**

N° : **641 / 2023** du **10/02/2023**

Nom patient **JOUAHLI AFIFA**

Entrée **09/02/2023**

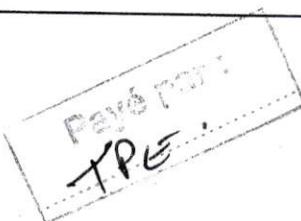
**PAYANT**

Sortie **10/02/2023**

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
OLANGIO	1,00		1 000,00	1 000,00
<b>Total Clinique</b>				<b>1 000,00</b>

estée la présente facture à la somme de :

LLE DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>1 000,00</b>



## FIBROSCOPIE OESOGASTRODUODÉNALE

**JOUAHRİ Afifa**

Casablanca le, 09/02/2023

Opérateur : Dr Boubaddi

Examen demandé par : Ddr R Adhi

Appareil : Olympe Cv 180

Anesthésie : Dr Idrissi

Lieu : Clinique Atlas

### **Clinique**

gastralgies

### **Examen**

Introduction sous contrôle de la vue :

Oesophage : Muqueuse d'aspect normal , cardia muqueux en place .

Estomac : Muqueuse d'aspect normal en vision directe comme en rétrospection . Biopsies antrales .

Pylore franchi : Bulbe D2 muqueuse d'aspect normal . papille d'aspect normal .

### **Conclusion**

Examen jugé normal . Biopsies antrales .

Dr. BOUBADDI Nasser Addine  
Spécialiste en Gastroentérologie  
Polyclinique ATLAS  
27 Rue Jean Jaurès - Casablanca  
Tél: 05 22 27 9000 - Fax: 05 22 27 9000

**F A C T U R E**

N° 642 / 2023 du 10/02/2023

Nom patient	JOUAHLI AFIFA	Entrée	Sortie
Prise en charge	PAYANT	09/02/2023	10/02/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PRESTATIONS INTERNES</b>				
FIBROSCOPIE F/SALLE	1,00	K	514,43	514,43
			Sous-Total	514,43
PHARMACIE	1,00		385,57	385,57
			Sous-Total	385,57
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>900,00</b>
<b>PRESTATIONS EXTERNES</b>				
DR. ANESTHESISTE REAN (anesth. rea)	1,00		200,00	200,00
DR. BOUBADDI N. (ganstro enterologue)	1,00		700,00	700,00
			Sous-Total	900,00
<b>Total prestations externes</b>				<b>900,00</b>

	<b>Total général</b>	<b>1 800,00</b>
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>		

MILLE HUIT CENTS DIRHAMS

Notre compte bancaire : BCP OMAMC M.B. NOUSSAIR 1907802121150056420006 16

Encaissements	Chèque	Total encaissé	Solde
	1 800,00	1 800,00	0,00

Ref Chq : 8562/SG/

INPE: 090002379  
 Casablanca  
 27 rue Jean Jaurès, quartier Gauthier 20060  
 Tél: +212 522 279 494 - Fax: +212 522 279 000

POLYCLINIQUE ATLAS ANNEA  
 FACTURATION

## CHOLONGIOPHIE PER OPERATOIRE

❖ NOM	: Mme JOUAHRI
❖ PRENOM	: AFIFA
❖ AGE	: Née en 1960
❖ CHIRURGIEN	: Dr. RADHI N
❖ MEDECIN ANESTHESISTE	: Dr. AIT BAHOU
❖ DATE	: 09/02/2023
❖ CLINIQUE	: ATLAS

### Résultat :

- ✓ Cholangiographie par le drain de KHER.
- ✓ Bon passage duodénal.
- ✓ Pas d'obstacle cholédocien.

### Conclusion :

- ✓ Cholangiographie per opératoire normal.

DR RADHI N  
الدكتور نور الدين الرادي  
Docteur N. RADHI  
Chirurgien  
Clinique Atlas-Casa

Le : 10/02/2023

Références

642 / PAYANT

Entrée / Sortie : 09/02/2023 - 10/02/2023

Le Dr. ANESTHESISTE REANIMATEU

présente à Mme JOUAHRI AFIFA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
200,00 Dhs DEUX CENTS DIRHAMS

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Dr. MAJED EL BENNY  
ANESTHESISTE  
REANIMATEUR  
Gsm : 0663 65 97 19

POLYCLINIQUE ATLAS ANFA  
FACTURATION  
27 rue Jean Jaurès O. Gauthier 20060  
Casablanca  
Tel: +212 522 27 94 94 - Fax: +212 522 279 000  
INPE: 090002379

Chèque

Cachet et signature

## POLYCLINIQUE ATLAS

## NOTE D'HONORAIRES

Le : 10/02/2023

Références

642 / PAYANT

Entrée / Sortie : 09/02/2023 - 10/02/2023

Le Dr. BOUBADDI N.

présente à Mme JOUAHRI AFIFA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
700,00 Dhs SEPT CENTS DIRHAMS

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Dr. BOUBADDI Noureddine  
Spécialiste en Gastroentérologie  
Polyclinique ATLAS  
27 Rue Jean Jaurès - Casablanca  
Tel: 05 22 27 94 94 - Fax: 0522 27 90 00

POLYCLINIQUE ATLAS ANFA  
FACTURATION  
27 rue Jean Jaurès O. Gauthier 20060  
Casablanca  
Tel: +212 522 279 494 - Fax: +212 522 279 000  
INPE: 090002379

Chèque

Cachet et signature

Le 09/02/2023

Dr. JOURAHI Afif

Chélon fix graphie  
per opératio

الدكتور نور الدين الراضي  
Docteur N. RADHI  
Chirurgien  
Clinique Atlas-Casa

Nom patient JOUAHRI AFIFA

N° Facture :

642

H540223-2

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
LIDOCAINE GEL (01)	1	20,10	20,10
LIDOCAINE 2% INJ (01)	1	10,30	10,30
PROPOFOL-LIPURE 1%	1	35,17	35,17
<b>Sous-Total médicaments</b>			<b>65,57</b>
CD (012)	1	50,00	50,00
COMPRESSES PATIENT (001)	6	2,50	15,00
GANT JETABLE	6	5,00	30,00
LUNETTE A O2 (001)	1	20,00	20,00
OXYGENE PAR MN (001)	10	5,00	50,00
PINCE A BIOPSIE JETBLE (001)	1	150,00	150,00
SERINGUE 10 CC (001)	1	5,00	5,00
<b>Sous-Total consommable médical</b>			<b>320,00</b>
<b>(*) Conditionnement hospitalier</b>			<b>Total pharmacie</b>
			<b>385,57</b>

POLYCLINIQUE ATLAS ANFA  
 27 Rue Jean Jaurès Q. Gauthier 20060  
 Casablanca  
 Tel: +212 522 279 894 - Fax: +212 522 279 000  
 INPE: 090002379

+212 5 22 27 94 94 FAX +212 5 22 27 90 00  
CASABLANCA

## BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 09/02/2023 Heure 10:02

Nom et Prénom du patient Mme JOUAHRI AFIFA

Age ou Date Naissance 64 - 01/01/1960

N° Cin du patient ou du tuteur B417638

Adresse 52 RUE ATTERMIDI RES RIAD ESC B 21 APT 5 MAARIF CASA

Téléphone 06 64 00 30 12

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant RADHI NOUREDDINE

Motif d'hospitalisation VESICULE BILIAIRE Durée prévue d'hospitalisation (jours) 1 1,00

Affiliation à une couverture maladie OUI

POLYCLINIQUE ATLAS ANFA  
FACTURATION  
27 rue Jean Jaurès Casablanca  
Tél: +212 522 279 000  
INPE: 090002379

### Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

Nom et prénom de l'assuré

Lien de parenté

Organisme assureur

Mode de paiement PAYANT - A.M.O / C.N

*Nom et prénom du signataire :*

*Signature*

### Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 10/02/2023

Heure 09:07

Durée d'hospitalisation (jours) 1

*Nom et prénom du signataire*

*Signature*