

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

M23-002292

15696

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2558 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

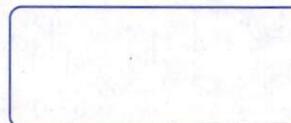
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0668376320 Total des frais engagés : ..... 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 : .....

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 : ..... Le : ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....





En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, La CNOPS est l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 83 de ladite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie)

Information

EN COURS DE TRAITEMENT **2**

PAYE

RETOUR POUR COMPLEMENT **1**

**ⓘ** Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
2	-	04/04/2023	Virement	-	2 293,30	1 555,00	225,70	1 780,70
1	-	02/03/2023	Virement	-	638,30	482,70	50,00	532,70
1	-	22/01/2023	Virement	-	393,30	175,79	53,91	229,70
1	-	01/12/2022	Virement	-	3 900,00	1 320,00	30,00	1 350,00
1	-	31/10/2022	Virement	-	2 211,50	1 590,50	180,00	1 770,50
1	-	11/08/2022	Virement	-	822,50	681,50	50,00	731,50
1	-	12/05/2022	Virement	-	380,00	120,00	30,00	150,00
2	-	05/04/2022	Virement	-	2 185,60	1 562,69	270,51	1 833,20

ورثة بوريط لحسن

وبوريط هشام

الى السيد معالي وزير الداخلية  
مديرية مالية الجماعات المحلية

الموضوع: ملتمس حول الرسم على الأراضي الغير المبنية.

سلام تام بوجود مولانا الامام

وبعد،

فعلاقة بالموضوع المشار اليه أعلاه، يشرفني سيدى معالي الوزير ان أتقدم الى معاليكم بطلبى قصد النظر فيه حيث اني تفاجأنا من لدن جماعة الدار البيضاء بتضريبي بالرسم على الأراضي الغير المبنية للرسم العقاري رقم 15951/س، واحيطكم علما اني حصلت على رخصة بناء للسكن الاقتصادي سنة 2013 و تعهدت باتفاقية مع الدولة لإنشاء السكن الاقتصادي بتاريخ 26/06/2013 و تسلمت رخصة السكن لشطرين الأول و الثاني سنة 2018 وباقى الأرض مستغلة من طرف شركة كاديوكو عن طريق عقد كراء مند سنة 1985 فكان عائقا لي و لم استطع اكمال البناء للشطر الثالث و الرابع و قمت بدعوى قضائية ضد شركة كاديوكو وستجدون سيدى الوزير نسخة من الحكم القضائي، وعليه نطلب من معاليكم إعطاء اوامركم للجهات المختصة قصد اعفائى من هذا الرسم و لكم واسع النظر.

وتقبلوا سيدى معالي الوزير فائق التقدير و الاحترام .

و السلام

المرفقات:

- شهادة الملكية
- تصميم طوبوغرافي
- عقد الكراء
- رخصة البناء
- رخصة السكن
- اتفاقية



En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, La CNOPS est l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 83 de ladite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie)

Information	EN COURS DE TRAITEMENT 2	PAYE	RETOUR POUR COMPLEMENT 1				
Nb.Dossier(s)	Date de réception	- Bénéficiaire		Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
2	-	-		5 106,10	1 452,00	290,00	1 742,00
79788610	16/03/2023	BENHACHEM EL HARROUN LADRAT		3 806,10	812,00	130,00	942,00
79788659	16/03/2023	BENHACHEM EL HARROUN LADRAT		1 300,00	640,00	160,00	800,00

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré :  Télécharger



## Instructions à suivre

Les feuilles de soins relatives aux affections de longue durée (ALD) sont utilisées par les assurés disposant d'un Accord d'Exonération du Ticket Modérateur (ETM) attestant que le bénéficiaire est atteint d'une affection de longue durée. Elles sont utilisées uniquement pour les soins liés à l'ALD;

Le numéro de l'accord de l'ALD doit être porté à la première page de la feuille de soins. Sinon, il faut joindre copie de l'ETM au dossier de demande de remboursement;

Les résultats des analyses biologiques ne sont pas exigés lors du dépôt des dossiers de demande de remboursement au niveau de votre Mutuelle. Les résultats des examens radiologiques ne sont pas également exigés sauf pour des cas précis (Visitez le site de la CNOPS pour plus de détail);

La feuille de soins doit porter l'INPE du médecin traitant et des professionnels de soins, ainsi que leur cachet, leur signature et la date des actes;

Le remboursement des dossiers de maladie s'effectue sur la base de la tarification Nationale de Référence;

Le dossier de remboursement doit être adressé ou présenté à la mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a un traitement médical continu. Dans ce cas, le dossier doit être présenté dans les 60 jours qui suivent la fin du traitement;

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. (Article 135 de la Loi 65-00);

Pour plus d'informations, visitez le site [www.cnops.org.ma](http://www.cnops.org.ma) ou le site de votre mutuelle.

Pour l'Assurance Maladie Obligatoire des Etudiants (AMOE), les bénéficiaires doivent renseigner leurs noms, le n° de la CIN et adresser le dossier de remboursement à la CNOPS au 4, rue Al KHALI, B.P 209- Rabat.

## Cachet et signature de la mutuelle

## توقيع وطابع التغطية

Identification de l'agent:

Date de dépôt du dossier:

## تعليمات يجب اتباعها

تُستخدم أوراق العلاج المتعلقة بالأمراض المزمنة من طرف المؤمنين الحاصلين على الموافقة على الإعفاء من الحصة المتبقية على عاتقهم ETM والتي تشهد بإصابة المستفيد بمرض مزمن أو طويل الأمد، كما تستعمل فقط بالنسبة للعلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة أو طولية الأمد.

يجب تدوين رقم الموافقة على الإعفاء الموجود في الشهادة على الصفحة الأولى من ورقة العلاجات، والإفادة من الضروري إرفاق نسخة من الموافقة على الإعفاء من الحصة المتبقية ETM بمفهوم المرض.

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيologique عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التغطية ولا بالإدلاء بنتائج الفحوصات الإشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (زوروا موقع الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل)

يجب أن تحمل ورقة العلاجات رقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقى مهنيي الصحة وتوقيعهم وختفهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التغطية التي تنتهي إليها خلال الشهرين المواليين لتأخير إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوماً ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج.

يعاقب بغرامة وبارجاع المبالغ المقبوضة بغير حق دون الأخلاص بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصریح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة (المادة 135 من القانون 65-00).

للمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصندوق [www.cnops.org.ma](http://www.cnops.org.ma) أو الموقع الإلكتروني للتغطية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطبية (AMOE), يجب على المستفيدين تدوين اسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية وإرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زنة الخليل ص.ب 209 الرباط.

## ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

## Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire

1.1.01.01

مرجع رقم



رقم الهاتف (اختياري): 06 68 58 63 90

خاص بالمؤمن (ة)

الاسم العائلي والشخصي

Nom et prénom : ZENHACHEM EL HARROUNI

نوع الانخراط :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة

بين المستفيد والمؤمن (ة)\*

avec l'assuré(e)\* Conjoint  زوج  Enfant  ابن

Adresse : 58 Nakkilat Akil Bns Dan Nakkilat  
Boulevard Casablanca

Montant des frais (Dhs) : 3941,00

عدد الوثائق المرفقة :

## Déclaration du médecin traitant

## تصريح الطبيب المعالج

الاسم العائلي والشخصي :

ZENHACHEM ADILA

تاريخ الإزدياد :

نوع العلاجات

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس\* :

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe\* : Masculin  ذكر Feminin  أنثى

## Identification du médecin traitant

## تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة  
ومؤسسات العلاج

0919353877

N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE)

## Type de soins

نوع العلاجات قبول المرض المزمن :

oui non

رقم ملف المرض المزمن :

نوع العلاجات

تم تقديم الظرف المغلق :

oui non

رقم المرض المزمن :

نوع العلاجات

تاريخ الاستشارة :

حرر بـ : Dr. ZENHACHEM ADILA

Le : 20/01/2018

في : زنقة الخليل

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

أصرح بخصوصية 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

ضع علامة في الشائنة المناسبة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع طباعة هذا المطبوع

CIM - 10

يرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المعونة

## Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

التاريخ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
29.09.22	3700.	 <b>Zobir ISMAIL</b> Opticien - Optometriste 58, Av Mers Sultan (en face Alpha 55) Casablanca - Tél/Fax: 05.22.22.16.30
	095002044	
INP:	<input type="text"/>	
INP:	<input type="text"/>	
INP:	<input type="text"/>	

INP:

Actes Paramédicaux

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP: <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/>					
INP: <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/>					
INP: <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/>					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

DOCTEUR ABDELHAK BOUCHTA

SPÉCIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

STRABOLOGIE-LENTILLES DE CONTACT-LASER-ANGIOGRAPHIE  
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

70, RUE ALLAL BEN ABDELLAH - 1ER ETAGE - CASABLANCA  
TEL: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

الدكتور عبد الحق بوشتة

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب العين-عدسة الاتصال-البزر-angiographie  
عضو الجمعية الفرنسية لامراض العيون

70 زنقة علال بن عبد الله- الطابق الأول - الدار البيضاء  
05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72  
الهاتف:

Casablanca le

الدار البيضاء في HADRI Adra 620/98

Casablanca, le jeudi 22 septembre 2022

UNE PAIRE DE LUNETTES + MONTURE :

PROGRESSIFS Organiques

*Abdelhak*

Oeil Droit : (100° -0,50) + 1,00 , Addition + 3,00

Oeil Gauche : (125° -0,75) -2,00 , Addition + 3,00

HADRI Adra 620/98

*Small Optic*  
Zobir ISMAIL  
Opticien - Optométriste  
58, Av Mers Sultan (en face Alpha 55)  
Casablanca - Tél/Fax: 05.22.22.16.30

UNE PAIRE DE LUNETTES

PROGRESSIFS Organiques

Dr. Abdelhak BOUCHTA  
Ophtalmologiste  
70, Rue Allal Ben Abdellah 1<sup>er</sup> Etage  
Casablanca  
Tel: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

Oeil Droit : (100° -0,50) + 1,00 , Addition + 3,00

Oeil Gauche : (125° -0,75) -2,00 , Addition + 3,00

MME BENHACHEM EL HARROUN LADRAT  
 NO 58 RUE MOKALAD AKILI  
 RES.DAR NAKHIL3,AP5 BOU  
 CASABLANCA  
 CASABLANCA EL HANK  
 20050

Royaume du Maroc



CNOPS Accusé de Réception



N° de Dossier : 76603395 Date et heure : 03/10/2022 11:48

Nom et prénom Assuré : BENHACHEM EL HARROUN LADRAT

Immatriculation : 44076025 / 040132545

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: BENHACHEM EL HARROUN LADRAT / 01

Type de dossier : FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception : CASA SIEGE 40123

Valeur en Dirhams : 3 900,00 Nombre de pièces : 2

Code Etablissement : Agent de réception : M4M0535

Nom Etablissement :

MME BENHACHEM EL HARROUN LADRAT  
NO 58 RUE MOKALAD AKILI  
RES.DAR NAKHIL3,AP5 BOU  
CASABLANCA  
CASABLANCA EL HANK  
20050



CNOPS

Accusé de Réception



N° de Dossier :

76603395

Date et heure :03/10/2022 11:48

Nom et prénom Assuré :

BENHACHEM EL HARROUN LADRAT

Immatriculation :

44076025 / 040132545

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

BENHACHEM EL HARROUN LADRAT

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 40123

Valeur en Dirhams :

3 900,00

Nombre de pièces : 2

Code Etablissement :

Agent de réception : M4M0535

Nom Etablissement :

## FACTURE

0001379

Ordonnance de Docteur :

Client ; M: HADRI ADR

N° DE NOMENCLATURE CORRESPONDANT A LA PRESCRIPTION		
LOIN	PRES	BI-TRI&MULTIFOCAUX
D		431
G		431

DESCRIPTION		
	Désignation	Montant TTC
1	MONTURE	1300-
2	VERRES Progressif organiques Durci Antireflets	2400-
TOTAL TTC		3700.-

e la présente Facture à la somme de:

-Trois mille Sept cent Mhs-


  
 Zobir SMAI  
 Opticien - Optométriste  
 58, Av Mers Sultan (en face Alpha 55)  
 Casablanca - Tel/Fax: 05.22.22.16.30

58 Av Mers Sultan (en face alpha 55) Casablanca - MAROC - Tél/Fax : 05 22 22 16 30

RC : 350338 - Patente : 34190070 - IF : 40190513 - CNSS : 7013866 - ICE N° : 001791800000053

# DOCTEUR ABDELHAK BOUCHTA

SPÉCIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

STRABOLOGIE-LENTILLES DE CONTACT-LASER-ANGIOGRAPHIE  
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

70, RUE ALLAL BEN ADELLAH - 1ER ETAGE - CASABLANCA

TEL: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

## الدكتور عبد الحق بوشطة

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب العين-عدسة الاتصال-الليزر-أنجيوغرافيا

عضو الجمعية الفرنسية لمرضى العيون

70، زنقة علال بن عبد الله - الطابق الأول - الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

Casablanca le ..... 22/9/20.....

11.11.2006 ADRA



6 ecunnnes ٢٠

٤٠ ٢٠

Dr. Abdelhak BOUCHTA  
Oculist-Orbitologiste  
Casablanca  
Tel: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

### Instructions à suivre

Les feuilles de soins relatives aux affections de longue durée (ALD) sont utilisées par les assurés disposant d'un accord d'Exonération du Ticket Modérateur (ETM) attestant que le bénéficiaire est atteint d'une affection de longue durée. Elles sont utilisées uniquement pour les soins liés à l'ALD;

Le numéro de l'accord de l'ALD doit être porté à la première page de la feuille de soins. Sinon, il faut joindre copie de l'ETM au dossier de demande de remboursement;

Les résultats des analyses biologiques ne sont pas exigés lors du dépôt des dossiers de demande de remboursement au niveau de votre Mutuelle. Les résultats des examens radiologiques ne sont pas également exigés sauf pour des cas précis (Visitez le site de la CNOPS pour plus de détail);

La feuille de soins doit porter l'INPE du médecin traitant et des professionnels de soins, ainsi que leur cachet, leur signature et la date des actes;

Le remboursement des dossiers de maladie s'effectue sur la base de la tarification Nationale de Référence;

Le dossier de remboursement doit être adressé ou présenté à la mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a un traitement médical continu. Dans ce cas, le dossier doit être présenté dans les 60 jours qui suivent la fin du traitement;

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. (Article 135 de la Loi 65 - 00);

Pour plus d'informations, visitez le site [www.cnops.org.ma](http://www.cnops.org.ma) ou le site de votre mutuelle.

Pour l'Assurance Maladie Obligatoire des Etudiants (AMOE) les bénéficiaires doivent renseigner leurs noms, le n° de la CIN et adresser le dossier de remboursement à la CNOPS au 4 , rue Al Khalil, B.P 209- Rabat.

### Cachet et signature de la mutuelle

### توقيع وطابع التعاقدية

Identification de l'agent : .....  
Date de dépôt du dossier : ..... Tariq al-Idā'ah : .....

### تعليمات يجب اتباعها

تستعمل أوراق العلاج المتعلقة بالأمراض المزمنة من طرف المؤمنين الحاصلين على الموافقة على الإعفاء من الحصة المتبقية على عاتقهم ETM والتي تشهد بإصابة المستفيد بمرض مزمن أو طول الأمد، كما تستعمل فقط بالنسبة للعلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة أو طول الأمد.

يجب تدوين رقم الموافقة على الإعفاء الموجوب في الشهادة على الصفحة الأولى من ورقة العلاجات، وإلا فإنه من الضروري إرفاق نسخة من الموافقة على الإعفاء من الحصة المتبقية ETM بملف المرض.

المؤمن غير مطالب بالإلاعنة بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاونية ولا بالإلاعنة التقويمات الإشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (زوروا موقع الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل)

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقى مهنيي الصحة وتوريئهم وختتمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاونية التي تتبعون إليها خلال الشهرين الموليين ل التاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوماً ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج.

يعاقب بغرامة وبارجاع المبالغ المقبوسة بغير حق دون الاحوال بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة (المادة 135 من القانون 65-00).

للمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصندوق [www.cnops.org.ma](http://www.cnops.org.ma) أو الموقع الإلكتروني للتعاونية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطبية (AMOE). يجب على المستفيدين تدوين اسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية وإرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زنقة الخليل من ب 209 الرباط.

### ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

### Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire

1.1.01.01

مرجع رقم



رقم الهاتف (اختياري): 06 6837 6380

خاص بالمؤمن (ة)

الاسم العائلي والشخصي : ENHACHEM EL MALKOUNI Rachid

رقم الانحراف :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة :

بين المستفيد والمؤمن(ة) :

Conjoint  زوج  Enfant  ابن

عنوان : 58 Nekkoud Al Kali Ben Van Nataf  
Boug Jdid Casablanca

إجمالي المصروف (بالدرهم) :

533.00

عدد الوثائق المرفقة :

### Déclaration du médecin traitant

### تصريح الطبيب المعالج

الاسم العائلي والشخصي : ENHACHEM EL MALKOUNI

المستفيد من العلاجات

Date de naissance :

1970/05/15

N° CIN :

1311111111111111

Sexe\* :

Masculin  ذكر Féminin  أنثى

### Identification du médecin traitant

N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE)

591058

نوع العلاجات

قبول المرض المزمن : oui  non

رقم ملف المرض المزمن : oui  non

رقم المرض المزمن : oui  non

تم تقديم الظرف المغلق : oui  non

تاريخ الاستشارة : oui  non

حرر بـ : ..... في : .....

Le : 21/05/2013 توقيع المؤمن (ة)

Signature de l'assuré (e)

أشهـد بـ صـدـقة كل ما ذـكـرـ أـعـلـاهـ

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

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

\* ضع علامة في الخانة المناسبة

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

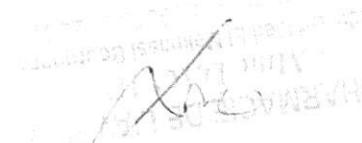
La vente de cet imprimé est formellement interdite

### Description des actes effectués

## وصف العمليات المجرأة

CIM - 10

## جريدة الوصفات التي تم تفييدها والتجهيزات الطبية المعمونة Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

التاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
22/2/23	139,00 INP: 092012434	
	INP: 	
	INP: 	
	INP: 	
	INP: 	

INP: | | | | | | | | |

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاجياء، الاشعة والصور

- INP : | | | | | | | | |

Actes Paramédicaux

الطباطبائي - Al-Tabatabaei

التاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/>					
INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/>					
INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/>					

INP: | | | | | | | |

MME BENHACHEM EL HARROUN LADRAT

NO 58 RUE MOKALAD AKILI

RES.DAR NAKHIL3,AP5 BOU

CASABLANCA

CASABLANCA EL HANK

20050



## Accusé de Réception



N° de Dossier : 79491845 Date et heure : 01/03/2023 15:07

Nom et prénom Assuré : BENHACHEM EL HARROUN LADRAT

Immatriculation : 44076025 / 040132545

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: BENHACHEM EL HARROUN LADRAT / 01

Type de dossier : FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception : CASA SIEGE 40123

Valeur en Dirhams : 589,00 Nombre de pièces : 2

Code Etablissement : Agent de réception : M4M0535

Nom Etablissement :

MME BENHACHEM EL HARROUN LADRAT  
NO 58 RUE MOKALAD AKILI  
RES.DAR NAKHIL3,AP5 BOU  
CASABLANCA  
CASABLANCA EL HANK  
20050



### Accusé de Réception



N° de Dossier : 79491845 Date et heure : 01/03/2023 15:07

Nom et prénom Assuré : BENHACHEM EL HARROUN LADRAT

Immatriculation : 44076025 / 040132545

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: BENHACHEM EL HARROUN LADRAT / 01

Type de dossier : FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception : CASA SIEGE 40123

Valeur en Dirhams : 589,00 Nombre de pièces : 2

Code Etablissement : Agent de réception : M4M0535

Nom Etablissement :

MME BENHACHEM EL HARROUN LADRAT

NO 58 RUE MOKALAD AKILI

RES.DAR NAKHIL3,AP5 BOU

CASABLANCA

CASABLANCA EL HANK

20050



Accusé de Réception



N° de Dossier : 79491845 Date et heure : 01/03/2023 15:07

Nom et prénom Assuré : BENHACHEM EL HARROUN LADRAT

Immatriculation : 44076025 / 040132545

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: BENHACHEM EL HARROUN LADRAT / 01

Type de dossier : FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception : CASA SIEGE 40123

Valeur en Dirhams : 589,00 Nombre de pièces : 2

Code Etablissement : Agent de réception : M4M0535

Nom Etablissement :

# Dr Abdelouahab HAJ KHLIFA

الدكتور عبد الوهاب الحاج اخليفة

Diplômé des Facultés de Toulouse (France)

Spécialiste de l'Appareil respiratoire

Allergies respiratoires

Diplôme universitaire

Sommeil et Ronflement

INPE 091070870

خريج كلية الطب بتولوز (فرنسا)  
أخصائي في أمراض الجهاز التنفسية  
الحساسية

دبلوم جامعي في أمراض  
الشخير و التنفس في النوم

٢٢ | ٢ | ٢٣  
Casablanca, le ..... الدار البيضاء ، في

٢٠٠٢ fev ٢٠٠٢ EL HARRACH

LARCA

١٣٩,٠٠ ١٣٩,٠٠ ٢٠٠٢ =  
٢٠٠٢ ٢٠٠٢ ٢٠٠٢  
٢٠٠٢ ٢٠٠٢ ٢٠٠٢

PHARMACIE DE L'AXELLE  
Mme DIAW, Pharmacienne  
06 63 05 51 17  
Casablanca, Maroc



Diplômé des Facultés de Toulouse (France)  
Spécialiste de l'Appareil respiratoire

Allergies respiratoires

Diplôme universitaire

Sommeil et Ronflement

INPE 091070870

خريج كلية الطب بتولوز (فرنسا)  
أخصائي في أمراض الجهاز التنفسى

الحساسية

دبلوم جامعي أمراض  
الشخير والتتنفس في النوم

22/12/23  
Casablanca, le.....

الدار البيضاء، في

1976/12/23

Dr. ABDELOUAHAB HAJ KHLIFA

Assistant à l'Hôpital de Casablanca

MD DE BES

EGIT

Signature

64695 <<

Compte rendu de radiographie  
du thorax

Lagha

• Chest x-ray V3  
• Heart size normal  
• Lung fields clear

202



# Dr Abdelouahab HAJ KHLIFA

Diplômé des Facultés de Toulouse (France)

Spécialiste de l'Appareil respiratoire

Allergies respiratoires

Diplôme universitaire

Sommeil et Ronflement

INPE 091070870

ICE 001726704000005

# الدكتور عبد الوهاب الحاج اخليفة

خريج كلية الطب بتولوز (فرنسا)

أخصائي في أمراض الجهاز التنفس

الحساسية

دبلوم جامعي أمراض

الشيخير و التنفس في النوم

Casablanca, le 22/12/2013

الدار البيضاء، في

## Note d'honoraires

Nom : BÉNHA CHÉR

Prénom : LAFDAD

- Consultation : 250 در
- Nébulisation : 20 در
- Radiographie du thorax : 20 در
- Exploration fonctionnelle respiratoire : 20 در
- Polygraphie ventilatoire : 50 در
- Poly-somnographie : 50 در
- Tests cutanés d'allergie : 50 در



### 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, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

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

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle 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.

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 CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

### تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وحدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

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

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأذمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تنتهي إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

### Cachet et signature de la mutuelle

### توقيع وطابع التعاقدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : ..... تاریخ الإيداع :



### ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

### Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire

مراجع رقم : Réf ANAM 1.1.01.01

N° Dossier : .....

خاص بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي والشخصي

رقم الانخراط :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له :

10171610125

لـ ٤٤٦٩١١١٥٧٨١

لـ ١٣١٩٥٤١٥

Conjoint  زوج  Enfant  ابن

العنوان : Adresse ٥٨، نكلاة إل عريل، زندورة Van Nakhl، Bourgogne، Casablanca

مبلغ المصاري (درهم) : Montant des frais (Dhs) : ٣٩٣,٣٣

Nombre de pièces jointes : ٤

### Déclaration du médecin traitant

#### Bénéficiaire de soins :

Nom et prénom : Ben Hachem El Harrouri

Date de naissance : ١٩٧٨

N° CIN :

Sexe\* : M  ذكر  F أنثى

### Identification du médecin traitant

N° INP

#### Type de soins

Maladie\*  مرض\*  Pli confidentiel remis\* : Oui  Non

Maternité\*  أمومة\*  Date de grossesse :

Hospitalisation\*  استشفاء\*  Date prévue d'accouchement :

Accident\*  حادث\*  Date d'hospitalisation :

..... Date d'accident :

Causes :

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

Fait à : Casablanca ..... حرر في : ٢٥٢٤٢١١٢٠١٩  
le : ٢٠١٩/١٢/٢٥

توقيع المؤمن له (لها) .....  
Signature de l'assuré (e)

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

نوع العلاجات

تم تقديم الظرف المغلق\* :

تاريخ الحمل :

التاريخ المرتقب للولادة :

تاريخ الاستشفاء :

تاريخ الحادث :

أسباب الحادث :

أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه.  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables,

Fait à : Casablanca ..... حرر في : ٢٠١٩/١٢/٢٥  
le : ٢٠١٩/١٢/٢٥

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

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

### description des actes effectiés

## صف العمليات المحرات

CIM - 10

برد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

## Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
09/12/22	143,30	<p>PHARMACIE DE L'AVENIR Mme D'AGUDI 160, Bd Med El Meknassi Bourguiba Casablanca - Tél. 05 22 21 22 31</p> <p>092012434</p>
		<p>INP: 11111111111111111111111111111111</p> <p>2022-12-09</p> <p>143,30</p>

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

## عمليات الاحياء، الاشعة و الصور

Actes Paramédicaux

الطباطبائيون المساعدون عمليات

التاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>					
INP : <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>					

MME BENHACHEM EL HARROUN LADRAT

NO 58 RUE MOKALAD AKILI

RES.DAR NAKHIL3,AP5 BOU

CASABLANCA

CASABLANCA EL HANK

20050

**Accusé de Réception**

N° de Dossier :

**77942895**

Date et heure : 12/12/2022 11:48

Nom et prénom Assuré :

**BENHACHEM EL HARROUN LADRAT**

Immatriculation :

**44076025 / 040132545**Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: **BENHACHEM EL HARROUN LADRAT / 01**

Type de dossier :

**FEUILLE DE SOINS**

Lieu de réception :

**CASA SIEGE 40131**

Valeur en Dirhams :

**393,30**Nombre de pièces : **4**

Code Etablissement :

Agent de réception : **M4M0481**

Nom Etablissement :

**Dr Abdelouahab HAJ KHLIFA**

Diplômé des Facultés de Toulouse (France)

Spécialiste de l'Appareil respiratoire

**Allergies respiratoires**

Diplôme universitaire

Sommeil et Ronflement

INPE 091070870

**الدكتور عبد الوهاب الحاج اخليفة**

خريج كلية الطب بتولوز (فرنسا)

أخصائي في أمراض الجهاز التنفس

**الحساسية**

دبلوم جامعي أمراض

الشيخوخة والتنفس في الثوم

Casablanca, le ..... 9 / 12 / 92 الدار البيضاء، في

ج.م.س. ferme la casa

E. L. HAJ KHLIFA

49,00

3

Domicile = 100, x 37

3V

79,00

2

Zithane 2V 500 =

24,15 x 37

144,60

3

Jaune = 37 x 37

143,1

30

PHARMACIE DE L'AVENUE  
Mme D. KHUDI  
100, av M. El Meknassi 20000  
Casablanca - Tel. 05 22 22 22 22  
avenue M. Meknassi 20000 Casablanca  
Tél. 05 22 22 22 22 - 05 22 22 22 22

شارع مرس السلطان الار البيضاء - الهاتف 05.22.49.18.73 / 05.22.49.18.47  
93 - 06.63.05.51.17  
Email : abdelouahab.hajkhifa@gmail.com

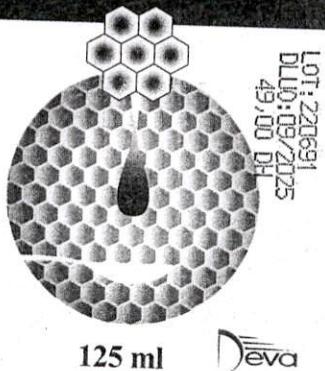
# DociVox

Sirop naturel  
sans conservateur

AUX EXTRAITS DE PROPOLIS  
ET DE PLANTES  
(THYM-MAUVE-MELEZE)

Goût miel-menthe

- Apaise et dégage les voies respiratoires
- Adoucit la gorge irritée en cas de toux
- Renforce les défenses naturelles



ZITHROMAX® 500 mg  
3 comprimés



6 118000 250500



6 111269 050058

## Instructions à suivre

## تعليمات يجب اتباعها

La feuille de soins doit être renseignée, signée et accompagnée des pièces originales nécessaires (ordonnance médicale, factures, codes à barres, etc.).

Les résultats des analyses biologiques ne sont pas exigés lors du dépôt des dossiers de demande de remboursement au niveau de votre Mutuelle. Les résultats des examens radiologiques ne sont pas également exigés sauf pour des cas précis (visitez le site de la CNOPS pour plus de détail);

La feuille de soins doit porter l'INPE du médecin traitant et des professionnels de soins, ainsi que leur cachet, leur signature et la date des actes;

Le remboursement des dossiers de maladie s'effectue sur la base de la Tarification Nationale de Référence;

Le dossier de remboursement doit être adressé ou présenté à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il s'agit d'un traitement continu. Dans ce cas, le dossier doit être présenté dans les 60 jours qui suivent la fin du traitement;

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.(Article 135 de la Loi 65 - 00);

Pour plus d'informations, visitez le site [www.cnops.org.ma](http://www.cnops.org.ma) ou le site de votre mutuelle.

Pour l'Assurance Maladie Obligatoire des Etudiants (AMOE) les bénéficiaires doivent renseigner leurs noms, le n° de la CIN et adresser le dossier de remboursement à la CNOPS au 4, rue Al Khalil, B.P 209- Rabat.

## Cachet et signature de la mutuelle

## توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : ..... تاريخ الإيداع :

يجب تعينه ورقة العلاجات والتوفيق عليها وارفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسلية للأدوية، إلخ...).

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاضدية ولا بالإدلاء بنتائج الفحوصات الاشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (زوروا موقع الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل).

يجب أن تتحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة وتوقيعهم وختفهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العامل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاضدية التي تنتهي إليها خلال الشهرين الموليين لتاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوماً ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج.

يعاقب بغرامة وبارجاع المبالغ المقبوضة بغير حق دون الاتصال بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة (المادة 135 من القانون 65-00).

للمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصندوق [www.cnops.org.ma](http://www.cnops.org.ma) أو الموقع الإلكتروني للتعاضدية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE) يجب على المستفيدين تدوين اسمهم و رقم بطاقة تعریفهم الوطنية وإرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زنقة الخليل ص.ب 209 الرباط.



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire

رقم الهاتف (اختياري) ..... رقم الملف (اختياري)

خاص بالمسجل ..... خاص بالمسجل

الاسم العائلي والشخصي : ..... الاسم العائلي والشخصي :

رقم الاتصال : ..... رقم الاتصال :

رقم التسجيل : ..... رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة ..... بين المستفيد والمؤمن (ة) \*

Conjoint  زوج  Enfant  ابن  ابنة

العنوان : ..... العنوان :

Adress : ..... إسم المقيم ..... العنوان :

Montant des frais (Dhs) : ..... إجمالي المصروف (بالدرهم) :

Nombre de pièces jointes : ..... عدد الوثائق المرفقة :

## Déclaration du médecin traitant

### المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : ..... المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : ..... تاريخ الازدياد :

Date de naissance : ..... رقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة

N° CIN : ..... ومؤسسات العلاج

Sexe\* : ..... الجنس \*:

Masculin  ذكر  Féminin  أنثى

## Identification du médecin traitant

N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE) ..... رقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة

## Type de soins

Maladie* <input type="checkbox"/>	مرض * <input type="checkbox"/>	تم تقديم الظرف المغلق * : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Maternité* <input type="checkbox"/>	أمومة * <input type="checkbox"/>	تاريخ الحمل : .....
Hospitalisation* <input type="checkbox"/>	استشفاء * <input type="checkbox"/>	التاريخ المرتقب للولادة : .....
Accident* <input type="checkbox"/>	حادث * <input type="checkbox"/>	تاريخ الاستشفاء : .....
Date de grossesse : ..... Date prévue d'accouchement : ..... Date d'hospitalisation : ..... Date d'accident : ..... Causes : .....		تاريخ الحادث : ..... أسباب الحادث : .....

Fait à : ..... Le : ..... توقيع المؤمن (ة) ..... Signature de l'assuré (e) .....	حرر بـ : ..... في : ..... أشهد بصحبة كل ما ذكر أعلاه ..... J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.	حرر بـ : ..... في : ..... أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه ..... Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Doctor Abdellatif DRISSI ..... 24, Rue 21 Novembre 10000 Casablanca		توقيع الطبيب المعالج ..... أو المؤسسة الصحية ..... Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins
		رقم هاتف ..... Tel: 0522 48 ..... وضع علامة في الخانة المناسبة

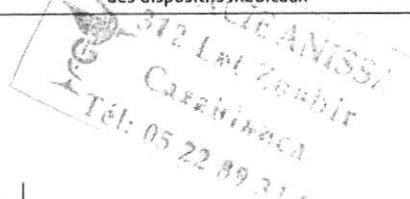
### Description des actes effectués

## وصف العمليات المجرأة

عمليات الأحياء، الأشعة والمصور

CIM - 10

## جزء الوصفات التي تم تنفيذها والتحضرات الطبية الممولة Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

التاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
06/01/23	338,30	
	092010321	
	INP: [REDACTED]	

INP: | | | | | | | |

INP:

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

## عمليات الإحياء، الأشعة والمصور

INP: | | | | | | | | |

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

تاریخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span>					
INP : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span>					
INP : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span>					

## IND

INP:

ECG

Cabinet d'explorations cardio-vasculaires Docteur Abdelmoujib DOUIEB

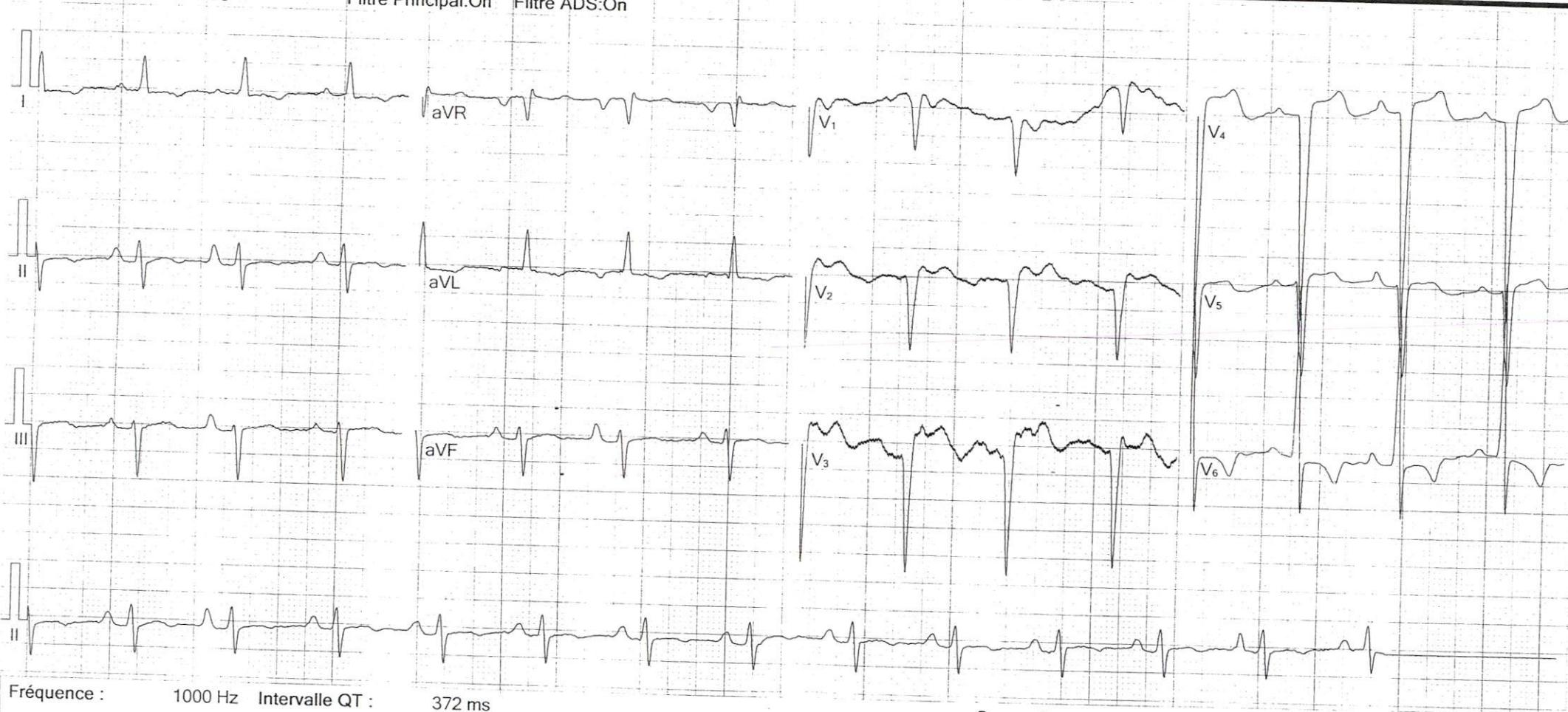
94 Rue Al Araar Rondpoint Mersultan - Casablanca - Tél : 0522483791 - 0522486358

NOM: BENHACHEM LADRAT ID :CNOPS Sexe : Age : Date Test : 06-01-2023 11:51

Médecin Référent: Docteur Abdelmoujib DOUIEB

10mm/mV 25mm/s

Filtre Principal:On Filtre ADS:On



Fréquence : 1000 Hz Intervalle QT : 372 ms  
Durée Ech.: 10 s Intervalle QTc : 432 ms  
FC : 81 bpm Axe P : 63.7°  
Durée P : 153 ms Axe QRS : -29.7°  
Durée QRS : 98 ms Axe T : 115.2°  
Durée T : 244 ms RV5/SV1: 0.03/0.00mV  
Interval.PQ : 228 ms RV5+SV1: 0.03mV

Suggestion :

Docteur Abdelmoujib DOUIEB  
CARDIOLOGUE  
94, Rue El Araâr (Ex. Gay Lussac)  
Mers Sultan - Casablanca  
Tél: 0522 48 37 91 / 63 58

Signature Médecin:

DR Abdelmoujib DOUIEB

CARDIOLOGUE

Diplômé de l'université de LYON

Diplômé en Echographie et Doppler Cardiaque

Ancien Médecin au CHUV de Lausanne

Ancien Membre associé de la Société Française de Cardiologie

Casablanca le : 06.01.2023



6 118000 023159



Benhachem ladrat

175.20  
VARTEX 160 : 1 comp/j le m idi

87.50  
Nebilet : 1 cp / j le matin

34.60  
Lasilix 40 : ½ cp le matin pdt 7 j

41.00  
Gel larme

4 mois



GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de 10 g  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca  
Pharmacien Responsable: Mme Amina DAOUDI  
PPV : 41.00 DH

Docteur Abdelmoujib DOUIEB  
CARDIOLOGUE  
94, Rue El Araar (Av. Gay Lussac)  
Mers Sultan - Casablanca  
Tél: 05 22 48 37 91 / 63 58

Cabinet de cardiologie et d'explorations cardio-vasculaires  
94.Rue AL ARAAR ( Entre Rondpoint Mersultan et Alpha 55 ) - Casablanca -  
Tél : 05.22.48.37.91 et 05.22.48.63.58

**SUR RDV**

Urgences de nuit : Clinique Franceville

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, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

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

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

**La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle 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.

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 CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث

بحسب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

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

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأشمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تنتهي إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض 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 لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع و طابع التعاقدية

Identification de l'agent : .....  
Date de dépôt du dossier : .....  
Tarih al-eidat : .....

N° Bordereau : .....

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : BENHACHEM EL HAROUNI  
ر.س. : ٠٧٦٥٩٥  
N° Affiliation : .....  
N° Immatriculation : ٤٤٦١٤٠٧٨١  
N° CIN : B ٣ ٨٥٤٥  
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré (e)\*

Conjoint زوج Enfant ابن  
Adresse : ٥٨ Nakkash Al Akil ٢ در Nakkash  
Beyrouth, Lebanon  
Montant des frais (Dhs) : ٢٨١,٣٠  
Nombre de pièces jointes : ١٢

Déclaration du médecin traitant

D من العلاجات .....  
لعلني و الشفهي .....  
الإذن .....  
ملف التعريف الوطنية .....  
\* : .....  
Bénéficiaire de soins .....  
Nom et prénom : BEN HACHEM LADRI .....  
Date de naissance : ١٩٤٥ .....  
N° CIN : .....  
Sexe \* : M ذكر F انثى

Identification du médecin traitant

الوطني الإستدلالي للممارس : INPE: 091045401  
العلاجات .....  
المرض المزمن : .....  
ملف المرض المزمن : .....  
المرض المزمن : .....  
N° INP : .....  
Type de soins : .....  
Admission ALD\* : .....  
N° Dossier ALD\* : .....  
Code ALD : .....  
Oui Non

تقديم الظرف المغلق : .....  
Soins ambulatoires\* ..... علاجات خارجية\* ..... Pli confidentiel remis\* : Oui Non  
Hospitalisation\* ..... استشفاء ..... Date d'hospitalisation : .....

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.  
Fait à : .....  
حرر : .....  
في : .....  
le : .....  
Fait à : .....  
حرر : .....  
في : .....  
le : .....  
توقيع المؤمن له (لها)  
Signature de l'assuré(e)

أصر بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritable  
\* INP : Identification Nationale du Professionnel  
\* Cocher la mention utile pour chaque case  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins.

Docteur Abdellatif DOUEB  
CARDIOLOGUE

\* اشطب الخانة

يمنع منعاً كلياً بيع هذا الطابع  
Mars Soltan - C. Cardiologie  
Tél. 0522 48 37 1 / 63 58

La vente de cet imprimé est formellement interdite

### Description des actes effectués

## صف العمليات المجرأة

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

## عمليات الاحياء، الاشعة و الصور

CIM - 10

## جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المعمونة Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

عملات المعاذرين الطيبين

Actes Paramédicaux

توقيع وطابع الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية  
Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseur  
des dispositifs médicaux

توقيع وطبع المساعد الطبي

## actes | Code des actes | Etat Cotation

نوع وظيفة المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	المبلغ المفoter Montant facturé	قيمة المعامل Valeur Clé	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	رمز العمليات Code des actes	تاريخ العمليات Dates des actes

Dr Abdelmoujib DOUIEB  
CARDIOLOGUE  
Diplômé de l'Université de LYON

Casablanca le : 14..09..2022

Note d'honoraire 497/2022

MME BENHACHEM LADRAT

CS + ECG	300.00 DHS
ECHODOPPLER CARDIAQUE	1000.00 DHS

Arréter la présente note d'honoraire à la somme de mille trois cent dirhams

Dr . Douieb

Docteur Abdelmoujib DOUIEB  
CARDIOLOGUE  
94, Rue El Araâr (Ex. Gay Lussac)  
Mers Sultane Casablanca  
Tél: 0522 837 91 / 63 58

DR Abdelmoujib DOUIEB  
CARDIOLOGUE

Diplômé de l'université de LYON  
Diplômé en Echographie et Doppler Cardiaque  
Membre de la Société Française de Cardiologie

Casablanca le : 14.09.2022

Benhachem ladrat

165,00 x 2  
Candesartan GT 16 mg 1 comp/j le matin

171,70 x 3  
Nebilet : 1 cp / j le matin

114,38 x 2  
Co anginib 2 btes

19,40 Amep 5 : 1 bte

Gel larme

4 mois

Docteur Abdelmoujib DOUIEB  
CARDIOLOGUE  
94, Rue AL Araar (Ex. Gay Lussac)  
Mers Sultan - Casablanca  
Tél: 0522 48 37 91 / 63 58

Cabinet de cardiologie et d'explorations cardio-vasculaires  
94.Rue AL ARAAR ( Entre Rondpoint Mersultan et Alpha 55 ) - Casablanca -  
Tél : 05.22.48.37.91 et 05.22.48.63.58 **uniquement SUR RDV**

Urgences de nuit : clinique Franceville ( Bd Ghandi )





ACCUSÉ de Réception		NO 58 RUE MOKALAD AKILI	RES.DAR NAKHIL3,AP5 BOU	CASABLANCA	20050	N° de Dossier :	78513131	Date et heure : 10/01/2023 12:35	Nom et prénom Assuré :	BENHACHEM EL HARROUN LADRAT	Immatriculation :	44076025 / 040132545	Nom et prénom Beneficiaire/Rang:	BENHACHEM EL HARROUN LADRAT	Type de dossier :	FEUILLE DE SOINS	Lieu de réception :	CASA SIEGE 40127	Valeur en Dirhams :	638,30	Nombre de pièces :	7	Code Etablissement :	M4M0596
---------------------	--	-------------------------	-------------------------	------------	-------	-----------------	----------	----------------------------------	------------------------	-----------------------------	-------------------	----------------------	----------------------------------	-----------------------------	-------------------	------------------	---------------------	------------------	---------------------	--------	--------------------	---	----------------------	---------

Date d'édition : 10/01/2023 12:36:15