

ALIIBDAG : Centre Aliel Ben Abdallah - Cène Stage Ange Dine Mohamed Faki et Dine Aliel Ben Abdallah - Quartier de Illoude

Signature de l'adhérent(e) :

0661 1632 18

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de Soins Maladie

موافقة مسبقة
Entente préalable *تنفيذ
Exécution *الضمان الاجتماعي
الضمان الاجتماعي
CNSS
Le devoir de vous protéger

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ها)

الاسم العائلي والشخصي : SITARY SAID

رقم التسجيل : 110218714114161

رقم بطاقة التعريف الوطنية : 18E15141613141

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (ها) *

Conjoint ☐

زوج

Enfant ☒

ابن

العنوان : 31 RUE 147 GR MOULFA ENHABLANA

مبلغ المصاريف : 510,60 Dhs

عدد الوثائق المرفقة :

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : SITARY AHMAD MAMOUR

تاريخ الميلاد : 15/01/1951

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس : M ☒ أنثى ☐

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المفسر **

INPE et code à barres **

Médecin traitant

الطبيب المعالج

Etablissement de soins

المؤسسة العلاجية

نوع العلاجات

Type de soins *

Hospitalisation ☐ مستشفى ☐ Maternité ☐ أمومة ☐ Accident ☐ حادث ☒ Maladie ☒ مرض

أشهر بصحة كل ما ذكر أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus

sincères et véritables.

Fait à : 15/01/2023

Le : 15/01/2023

توقيع المؤمن له

Signature de l'assuré(e)

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

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

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

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

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

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

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

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

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتركة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الأمانة 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 التعريف 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 والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا 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

توقيع من طرف الوكيل :

تاريخ الإيداع : 15/01/2023

تاريخ الاستلام : 15/01/2023

* Cocher la mention utile pour chaque case

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

	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 : CASABLANCA Le : 05/04/2023	أصدر ب : بتاريخ :	Page 1 / 1 الصفحة
N° d'immatriculation 102974146 Règlements de la période du : 04/04/2023 : من au : 04/04/2023 : إلى	رقم التسجيل أداءات الفترة	Destinataire SITARY SAID المرسل إليه	

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 استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريفية 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
SITARY AHMED NADIR											
70526048	07/03/2023	D366	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	200,00	160,00	1.00	1,00	160,00	70,00	04/04/2023	112,00
70526048	07/03/2023	PH	PHARMACIES D'OFFICINES	10,60	0,00	1.00	1,00	0,00	0,00	04/04/2023	7,42
70526048	07/03/2023	CS	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	300,00	150,00	1.00	1,00	150,00	70,00	04/04/2023	105,00
Total remboursé			مجموع مبلغ التعويض								224,42
Total général remboursé			مبلغ التعويض الاجمالي								224,42

- 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 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

Dr. Khalid YOUSSEFI
Spécialiste en ORL
Clinique ORL Beauséjour
198, Bd. Ghandi
Tél: 0522 99 42 41 - Fax: 0522 99 42 40

Assalamanca, le 02/03/2002

Prix: STARY Ahmed - mdr

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et
lui présente suivant l'usage, sa note d'honoraires
Pour

2100
méduse d'oreille

S'élevant à la somme de 200,00 Dhs

Dr. Khalid YOUSSEFI
Spécialiste en ORL
Clinique ORL Beauséjour
198, Bd. Ghandi
Tél: 0522 99 42 41 - Fax: 0522 99 42 40

مصحة بوسجور

CLINIQUE O.R.L. MAXILLO-FACIALE ET ESTHÉTIQUE BEAUSEJOUR

Dr F. MEKOUAR

O.R.L.

Dr B. MOKRIM

Prof agrégé en O.R.L.

Dr K. YOUSSEFI

O.R.L.

Immuno-allergologie



07/05/23

STARY Ahmed Nadir

10.60



Dolostop 1000mg

2/2x2

PHARMACIE SALAH EDDINE
Mme HASSOUNI Selma
Docteur en Pharmacie
56, Bd Oued Sbou Oulfa
aablanca Tel 05 22 90 50 06

Dr. Khalid YOUSSEFI
Spécialiste en ORL
Clinique ORL Beausejour
198, Bd. Ghandi
Tél : 0522 99 42 41 - Fax : 0522 99 42 40