

**ALIBRAS** : Centre Ali el Ben Abdellah - Côme Stéphane André Buis Mohamed Fakir et Buis Ali el Ben Abdellah - Quartier de l'Indépendance



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

أصدر ب :

31/05/2023

بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 103845354

رقم التسجيل

Règlements de la période

أداءات الفترة

du : 30/05/2023 : من

au : 30/05/2023 : إلى

Destinataire

المرسل إليه

BOUDINAR AMAL

Veillez 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 rembour-sement	Taux de rembour-sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
BOUDINAR AMAL											
131097268	18/05/2023	PH	PHARMACIES D	202,30	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	30/05/2023	28,63
131097268	18/05/2023	C	OFFICINES MEDECINE GENERALE	150,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70,00	30/05/2023	56,00
Total remboursé											84,63
Total général remboursé											84,63

- 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](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 بمركز الاتصال الوالضمان على الأرقام





الضمان الاجتماعي  
CNSS  
Le devoir de vous protéger

# ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

## Feuille de Soins Maladie

\*مرافقة مسبقة\*  
Entente préalable

\*تنفيذ\*  
Exécution

مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie  
Obligatoire

مرجع رقم 610-1-02

REL ANAM: 11.01.01

### N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **BOUDINAR Amal** : الاسم العائلي والشخصي

N° Immatriculation : **1103845354** : رقم التسجيل

N° CIN : **B15637910** : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)

Conjoint

☐ زوج

Enfant

☐ ابن

Adresse : **Lotissement Florida, 19220 Rue 87, Sidi Spang** : العنوان

Montant des frais : **352.30** Dhs. : مبلغ المصاريف

Nombre de pièces jointes : **2** : عدد الوثائق المرفقة

### Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : **BOUDINAR AMAL** : الاسم العائلي والشخصي

Date de naissance : : تاريخ الميلاد

N° CIN : : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe : : الجنس

M

☐ ذكر

F

☒ أنثى

INPE et code à Barres\*\*

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر\*\*

Médecin traitant

الطبيب المعالج

Etablissement de soins

المؤسسة العلاجية

Type de soins\*

نوع العلاجات\*

Hospitalisation

☐

إستشفاء

Maternité

☐

أمومة

Accident

☐

حادثة

Maladie

☒

مرض

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

Fait à : : ب

Le : : في

توقيع المؤمن له

Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

أصرح بخانة المعلومات المذكورة أعلاه

Fait à : : ب

Le : : في

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

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

\* - Cocher la mention utile pour chaque case

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

080 203 3333 : الهاتف - الدار البيضاء المحطة - 2186

CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP : 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333

Docteur EL JABIRI M.D.  
Médecin Généraliste  
06 70 80 33 27 - 05 22 97 37 25



Docteur EL JABIRI MINA

MÉDECINE GÉNÉRALE

CERTIFICAT UNIVERSITAIRE  
D'ÉCHOGRAPHIE GÉNÉRALE

ورة الجابري مينة

الطب العام

يوم الفحص بالصدى

Casablanca, le : 18/05/23 : الدار البيضاء, في :

ORDONNANCE

BOUDINAR X MAL

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaa Casablanca  
Solupred 20 mg 20 cp  
P.P.V: 48,70 DH  
6 118000 060536

48.70  
1- Solupred 20mg (S.V)  
3cp/j 15 jours

PHARMACIE EL LABI  
48, Lot ESSALAM SIDI MA  
CASABLANCA  
Tél: 05 22 97 37 25 / 06 70 80 39 37

AXIMYCINE® 14 c  
PPV 64DH10

64.10 (S.V)  
2- Aximycine 1g  
1cp x 2j 17j

LOT 220104  
2025/03  
PPC: 89,50 DH

89.50 (S.V)  
3- Aprasol spray  
1pul x 2j

202.30

Docteur EL JABIRI MINA  
Médecin Généraliste  
N° 119 Lot Al Adarissa  
Sidi Maarouf - Casa  
06 70 80 39 37 - 05 22 97 37 25

ارسة رقم 119 - سيدي معروف - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 97 37 25 / المحمول: 06 70 80 39 37  
N°119, Lot. Al Adarissa - Sidi Maârouf - CASABLANCA - Tél: 05 22 97 37 25 - GSM: 06 70 8

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					عمليات الإحياء. الأشعة والصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste		
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _						
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _						

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
18/05/2023	16202.30	<b>PHARMACIE AL ABE</b> 48, Lot. ESSALAMA, SIDI MAAROUF CASABLANCA Tél : 05 22 97 40 65 / 06 88 06 22 86
INPE et code à Barres INPE: 092003029  _ _ _ _ _ _ _ _ _		
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