

# 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

M22- 0049101

☒ Maladie

☐ Dentaire

194015 ☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5213 Société : RAS

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SADSI ELIDRISSE SAID

Date de naissance :

Adresse : Résidence S. ELI B. 12 Bd HACHEMI EL FILALI

CALIFORNIE CASABLANCA

Tél. : 060057750 Total des frais engagés : \$ 11870hs Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ESSADI Bourja 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 : CASABLANCA Le : 07 / 02 / 2021

Signature de l'adhérent : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



## Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, ....).

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

Les ordonnances transmises doivent être accompagnées des codes à barres des médicaments achetés.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNSS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Certaines prestations ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à accord préalable. La liste de ces dernières est disponible auprès de tout le réseau CNSS.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

## تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض 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 المشتراة.

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

سيتم تعويض المبلغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهنا 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 للمسطرات القانونية.

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

توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent : .....	تاريخ الاستلام : ١ / ١ / ٢٠٢٤ Date d'arrivée : ١ / ١ / ٢٠٢٤
Date de dépôt du dossier : ١ / ١ / ٢٠٢٤ تاريخ الإيداع : ١ / ١ / ٢٠٢٤	

0660 880980

<p>الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger</p>	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم 610-1-02 Réf. ANAM : 12.01.01
	<p>موافقة مسبقة Entente préalable</p> <p>تنفيذ Exécution</p>	

N° Dossier : 0660 880980

Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : ESSLAMITOURIA السلاحي ترسي

N° Immatriculation : 1914063717 رقم التسجيل :

N° CIN : 11117276 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 : Sof Agt 1717171717171717 العنوان :

Montant des frais : 1187100 Dhs. مبلغ المصاريف :

Nombre de pièces jointes : 5 عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : ESSLAMITOURIA الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : 20/05/1962 تاريخ الميلاد :

N° CIN : 11117276 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe\* : M ☐ ذكر F ☒ أنثى الجنس :

INPE et code à Barres\*\* الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر\*\*

Médecin traitant : D. EL KADRIE طبيب 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 : 03 04 2024 ب : في : 03 04 2024

Le : توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)

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

Fait à : 19/12/2023 ب : في : 19/12/2023

Le : توقيع وطابع المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins


\* أنشط الخانة المناسبة

\*\* 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

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة داکار - الدار البيضاء ص - ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف : 080 203 3333

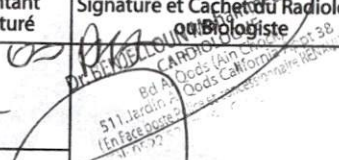
CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP : 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333

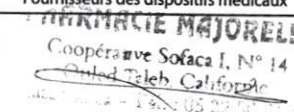
Description des actes effectués				وصف العمليات المجراة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clè+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin	
19/12/2023	CS4	300			
INPE et code à Barres					
1 0 1 3 1 1 6 1 8 1 9					
INPE et code à Barres					
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					

CIM - 10

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clè+ 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						
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1						
INPE et code à Barres						
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء. الأشعة والصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clè+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
19/12/2023	Echocardi	300			
INPE et code à Barres					
1 0 1 3 1 1 6 1 8 1 9					
INPE et code à Barres					
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة	
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	القيمة المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux		
19/12/2023	87,00			
INPE et code à Barres				
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		INPE : 092041052		
INPE et code à Barres				
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1				

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total





البيان الدوري لتعويضات التأمين  
الصحي الإجباري

Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين  
الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance  
Maladie Obligatoire  
B.P. : 610-2-06 - مرجع رقم :

تمنى إلى : CASABLANCA : أصغر من :  
Le : 12/01/2024 : تاريخ :  
الصفحة : 1 / 1

N° d'immatriculation	194063717	رقم التسجيل	المرسل إليه
Règlements de la période		انعامات الفترة	DESTINATAIRE
du : 12/01/2024	من		ESSLAMI TOURIA
au : 12/01/2024	إلى		

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 استأنتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	التكاليف	مبلغ التعويض	مبلغ التعويض	التعويض	الكمية	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ الرصيد	مبلغ التعويض
Nom du dossier	Date de soins	Actes	Prestations de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Unité	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
ESSLAMI TOURIA											
136247034	19/12/2023	R400	CARDIOLOGIE	800,00	850,00	1,00	1,00	850,00	70,00	12/01/2024	455,00
136247034	19/12/2023	CSC	CARDIOLOGIE	300,00	250,00	1,00	1,00	250,00	70,00	12/01/2024	175,00
Total remboursé											630,00
Total général remboursé											630,00

- 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 service vocal au numéro  
ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

[www.cns.ma](http://www.cns.ma)  
[www.cns.ma/Portail/](http://www.cns.ma/Portail/)  
Ma CNS  
080 20 20 100  
080 20 33 33 / 080 200 7200

للتزويد من المعلومات:

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني  
أو التوجه إلى قنصلية التأمين  
أو تطبيق الهاتف  
أو الاتصال بالخدمة الإلي على الرقم  
أو الاتصال بمرکز الاتصال أو التماس على الرقم

**Dr BENJELLOUN Mohammed Karim**

**Spécialiste des Maladies du Cœur et des Vaisseaux**

**Hypertension Artérielle, ECG ( tracé du coeur )**

**Cholestérol, Holter ECG et Tensionnel**

**Diplômé d'Echocardiographie Doppler**

**BORDEAUX**



**الدكتور بن جلون محمد كريم**

**اختصاصي في أمراض القلب والشرابيين**

**والضغط الدموي - الكوليسترول .....**

**التخطيط الكهربائي للقلب، الهولتر**

**الفحص بالصدى**

**جامعة بوردو**

Casablanca, le ..... **19/12/2023** .....

**Mme ESSLAMI Touria**

87,00

**RELAXIUM 300**

1 Gélule le soir pendant 1 mois

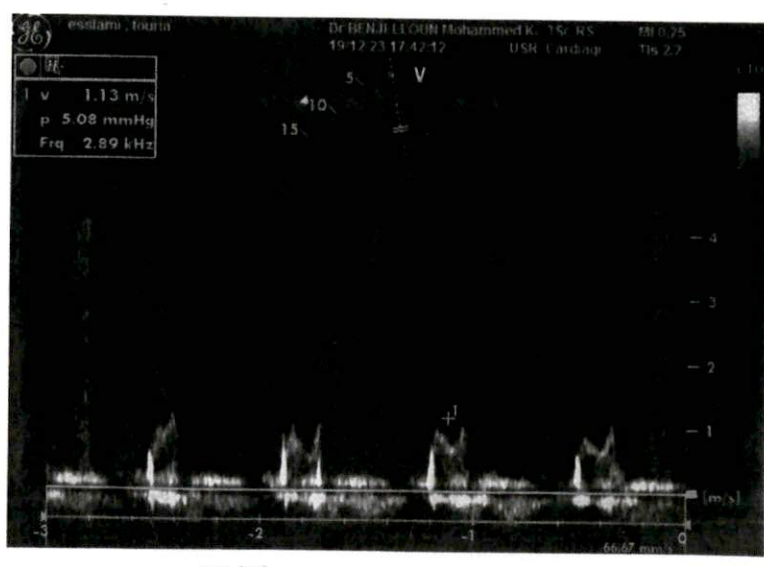
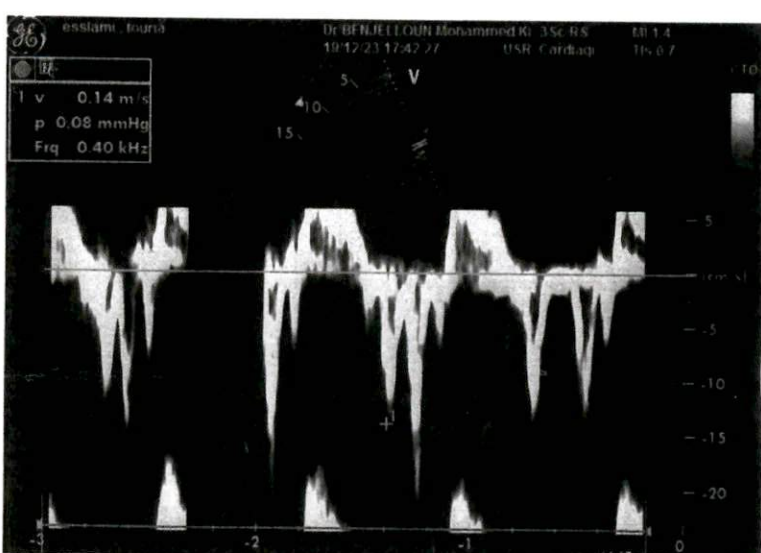
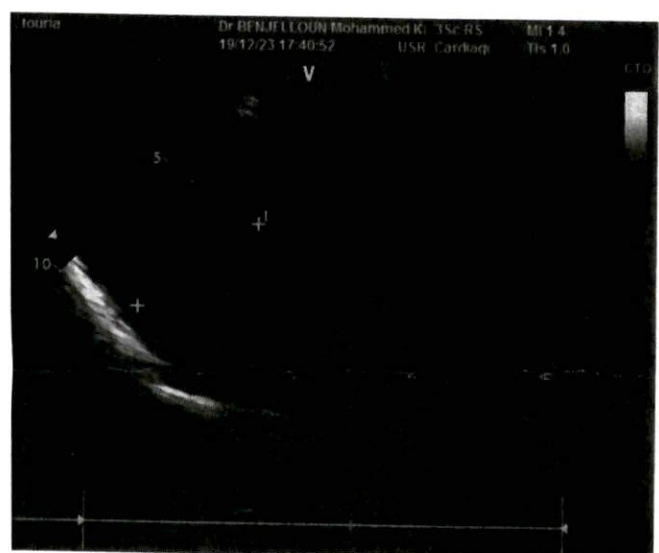
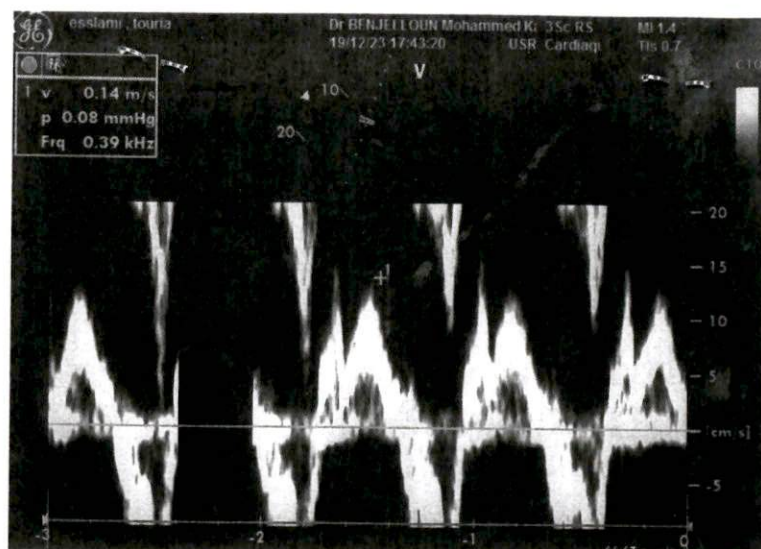
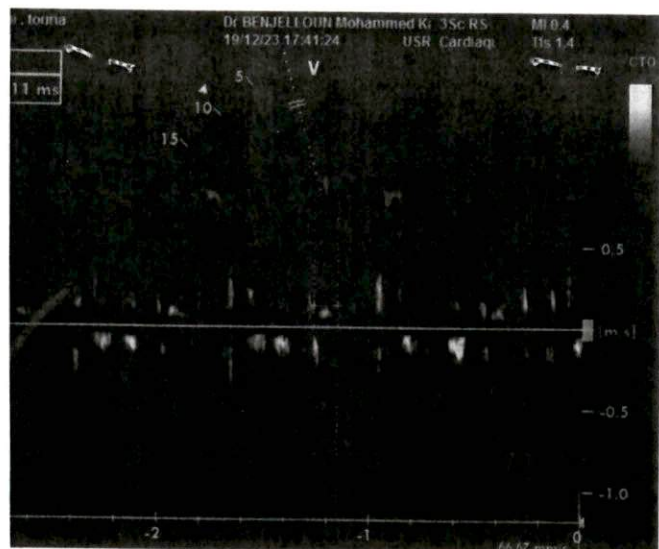
**PHARMACIE MAJOREL**  
Coopérative Solacal, n° 14  
Bd Al Qods, Casablanca  
Tél: 0522 52 57 45 - GSM: 06 660 38 40 03

**Dr. BENJELLOUN Mohammed Karim**  
**CARDIOLOGUE**  
Bd Al Qods (Ain Chock)  
511 Jardin Al Qods Californie Appt 38  
(En Face poste Police et concessionnaire RENAULT)  
Tél: 0522 52 57 45 - GSM: 06 660 38 40 03

Bd. Al Qods, 511, Jardins Al Qods Californie (En Face du concessionnaire RENAULT), 4ème Etage, n° 38

Ain Chock - Casablanca - Tél. : 0612 65 13 15 / 0660 38 40 03 / 0522 52 57 45

E-mail : drbenjellounkarim@gmail.com





## COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE CARDIAQUE

Patient :

Date :

Dr. BENJELLOUN Mohammed Karim  
CARDIOLOGUE  
Bd Al Qods (Ain Chock) App: 38  
(En Face poste Police et concessionnaire Renault)  
Tél: 0522 52 57 45 - Gsm:  
Tourie  
18-12-2023

- VG non dilaté, non hypertrophié de bonne cinétique segmentaire et globale, FEVG à 70 %.
- Pressions de remplissage non élevées.
- VD non dilaté, de bonne fonction.
- Pas de valvulopathie mitro-aortique significative.
- Pas de dilatation importante du massif auriculaire.
- IT minime. PAPS à 32 mmHg.
- VCI non dilatée.
- Le péricarde est sec.
- Aorte non dilatée.

AU TOTAL

:- Bon VG FEVG 70 %  
- pas de RAO  
- pas d'HTA

**Dr M. K. BENJELLOUN**

Dr. BENJELLOUN Mohammed Karim  
CARDIOLOGUE  
Bd Al Qods (Ain Chock) App: 38  
(En Face poste Police et concessionnaire Renault)  
Tél: 0522 52 57 45 - Gsm:

**Dr BENJELLOUN Mohammed Karim**  
**Cardiologue**

## **ELECTROCARDIOGRAMME**

Nom : ..... ESSLAMI .....

Prénom : ..... Toufik .....

Date : ..... 06-10-12-2023 .....

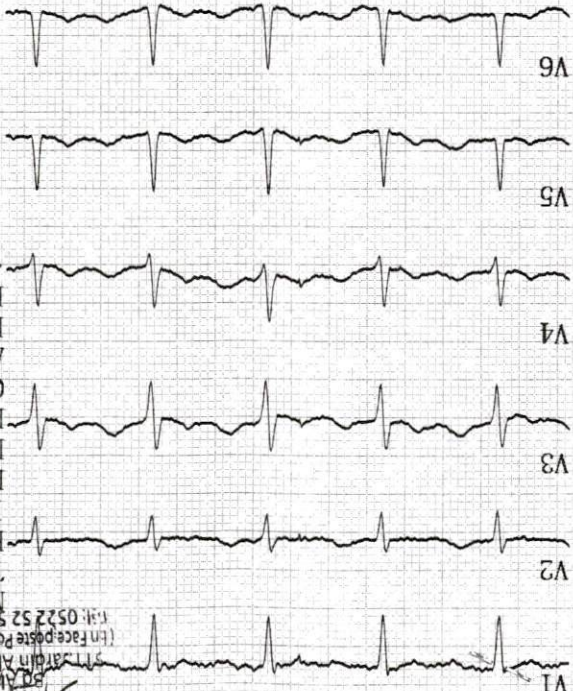
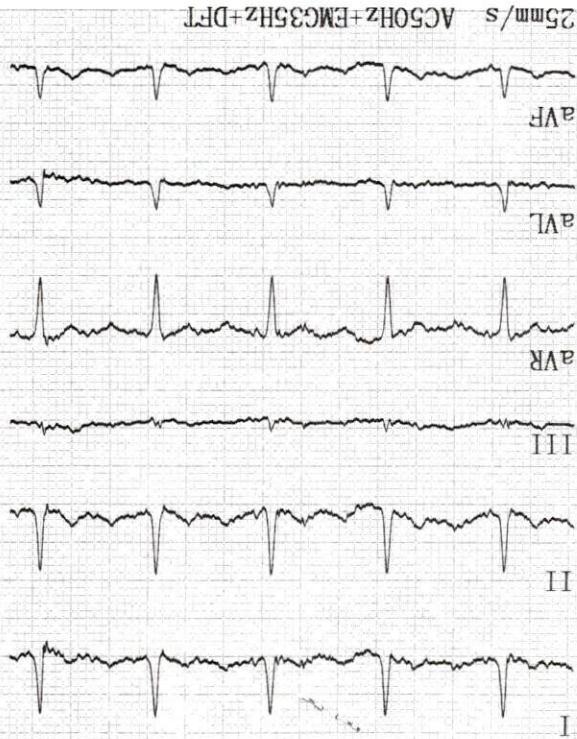
---

Bd. Al Qods, **511, Jardins Al Qods Californie (En Face du Concessionnaire RENAULT),**  
4ème Etage, (2 ascenseurs) **n° 38 - Ain Chock - Casablanca**  
Tél. : **0612 65 13 15 / 0660 38 40 03 / 0522 52 57 45** - E-mail : **drbenjelloukarim@gmail.com**



AUTO 10mm/mV

10mm/mV



Médecin

Dr. BENELLOUN Mohammed Karim  
511 Face Poste Police et Concessionnaire BENMUTTI  
511 Jardin Al Oods California Apprt 38  
Tél: 0522 52 57 45 - GSM

Dr. BENELLOUN Mohammed Karim  
511 Face Poste Police et Concessionnaire BENMUTTI  
511 Jardin Al Oods California Apprt 38  
Tél: 0522 52 57 45 - GSM

Age: /  
Système SYS/DIA: /  
Poids: /  
Taille: /

Intervalle PR: 187 ms  
Durée P: 87 ms  
Durée QRS: 312 ms  
Durée T: 455/580 ms  
Axe P/QRS/T: 49.4/33.9/50.5 deg  
R (V5)/S (V1): 0.64/0.56 mV  
R (V5)+S (V1): 1.20 mV

<<Conclusions>>

Dr. BENELLOUN Mohammed Karim  
511 Face Poste Police et Concessionnaire BENMUTTI  
511 Jardin Al Oods California Apprt 38  
Tél: 0522 52 57 45 - GSM

**Dr BENJELLOUN Mohammed Karim**

**Spécialiste des Maladies du Coeur et des Vaisseaux**

**Hypertension Artérielle, ECG ( tracé du coeur )**

**Cholestérol, Holter ECG et Tensionnel**

**Diplômé d'Echocardiographie Doppler**

**BORDEAUX**



**الدكتور بن جلون محمد كريم**

**اختصاصي في أمراض القلب والشرابين**

**والضغط الدموي - الكوليسترول .....**

**التخطيط الكهربائي للقلب، الهولتر**

**الفحص بالصدى**

**جامعة بوردو**

Casablanca, le 19-12-2023

**FACTURE N° : 0651 23 :**

LE DOCTEUR BENJELLOUN MOHAMMED KARIM a perçu de :

**MME / MR :** ESSLAM BENJELLOUN

**LA SOMME DE**

800 DA

**Pour**

Echo

**Dr. BENJELLOUN Mohammed Karim**  
**CARDIOLOGUE**  
Bd. Al Qods (Ain Chock)  
511 Jardin Al Qods California Apt 38  
(En Face Poste Police et concessionnaire RENAULT)  
Tél: 0522 52 57 45 - Gsm:

Bd. Al Qods, 511, Jardins Al Qods Californie (En Face du concessionnaire RENAULT), 4ème Etage, n° 38  
Ain Chock - Casablanca - Tél. : 0612 65 13 15 / 0522 52 57 45 - E-mail : drbenjellounkarim@gmail.com

**Dr BENJELLOUN Mohammed Karim**

**Spécialiste des Maladies du Cœur et des Vaisseaux**

**Hypertension Artérielle, ECG (tracé du cœur)**

**Cholestérol, Holter ECG et Tensionnel**

**Diplômé d'Echocardiographie Doppler**

**BORDEAUX**



**الدكتور بن جلون محمد كريم**

**اختصاصي في أمراض القلب والشرابيين**

**والضغط الدموي - الكوليسترول .....**

**التخطيط الكهربائي للقلب، الهولتر**

**الفحص بالصدى**

**جامعة بورديو**

Casablanca, le 18 - 12 2013  
Dr. BENJELLOUN Mohammed Karim  
CARDIOLOGUE  
Bd Al Qods (Ain Chock)  
511 Jardin Al Qods California Appt 38  
(En face poste Police et concessionnaire RENAULT)  
Tél: 0522 52 57 45 - Gsm: 0612 65 13 15

- 63 ans  
- diabète sucré 31 ans  
- blin légèrement

→ echo cœur  
Dr. BENJELLOUN Mohammed Karim  
CARDIOLOGUE  
Bd Al Qods (Ain Chock)  
511 Jardin Al Qods California Appt 38  
(En face poste Police et concessionnaire RENAULT)  
Tél: 0522 52 57 45 - Gsm: 0612 65 13 15

Bd. Al Qods, 511, Jardins Al Qods California (En Face du concessionnaire RENAULT), 4ème Etage, n° 38  
Ain Chock - Casablanca - Tél. : 0612 65 13 15 / 0660 38 40 03 / 0522 52 57 45

E-mail : drbenjellounkarim@gmail.com



## Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, ....).

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

Les ordonnances transmises doivent être accompagnées des codes à barres des médicaments achetés.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNSS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Certaines prestations ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à accord préalable. La liste de ces dernières est disponible auprès de tout le réseau CNSS.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

## تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض 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 المشتراة.

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 تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفات الوطنية المرجعية.


تعويض بعض الخدمات يظل رهنا 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 للإستفادة 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
Identification de l'agent : .....	
Date de dépôt du dossier : 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 تاريخ الإيداع	Date d'arrivée : 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 تاريخ الاستلام

 Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	رجع رقم 610-1-02 - Réf.
	موافقة مسبقة Entente préalable	تنفيذ Exécution		

## N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : ESSLAM Tournier	الاسم العائلي والشخصي: التلامي تورا
N° Immatriculation : 1941063717	رقم التسجيل :
N° CIN : A1117276	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*	علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)*
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج	Enfant <input type="checkbox"/> ابن
Adresse : SOFALIT APP 1 maison 2 Ain Chock Casablanca	العنوان :
Montant des frais : 8210.00 Dhs.	مبلغ المصاريف :
Nombre de pièces jointes : 2	عدد الوثائق المرفقة :

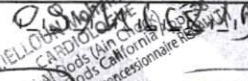
## Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins :	المستفيد من العلاجات
Nom et prénom : ESSLAM Tournier	الاسم العائلي والشخصي :
Date de naissance : 20/05/1962	تاريخ الميلاد :
N° CIN : A1117276	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe : M <input checked="" type="checkbox"/> ذكر F <input type="checkbox"/> أنثى	الجنس :

INPE et code à Barres\*\*

الرقم الوطني الاستدالي والرقم المشفر\*\*

Médecin traitant : 	Etablissement de soins : المؤسسة العلاجية
---	---

## Type de soins\*

نوع العلاجات\*

Hospitalisation <input type="checkbox"/>	إستشفاء <input type="checkbox"/>	Maternité <input type="checkbox"/>	أمومة <input type="checkbox"/>	Accident <input type="checkbox"/>	حادثة <input type="checkbox"/>	Maladie <input type="checkbox"/>	مرض <input type="checkbox"/>
--	----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	------------------------------


J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : 03/01/2024 Le : 	أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه Fait à : 03/01/2024 Le : 
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)	توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية Cachet et signature du médecin traitant ou de l'établissement 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

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة داكور - الدار البيضاء ص - ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف : 080 203 3333

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

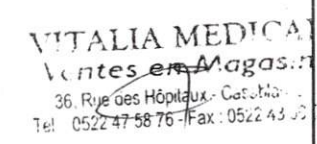
Description des actes effectués				وصف العمليات المجراة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clè+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
19/12/23	C3		6		
INPE et code à Barres 1 2 3 4 5 6 7 8 9					
INPE et code à Barres 1 2 3 4 5 6 7 8 9					

CIM - 10

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clè+ 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 1 2 3 4 5 6 7 8 9						
INPE et code à Barres 1 2 3 4 5 6 7 8 9						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء، الأشعة والصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clè+ 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 1 2 3 4 5 6 7 8 9					
INPE et code à Barres 1 2 3 4 5 6 7 8 9					
INPE et code à Barres 1 2 3 4 5 6 7 8 9					

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مهون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
26/12/23	840,00	
INPE et code à Barres 1 2 3 4 5 6 7 8 9		
INPE et code à Barres 1 2 3 4 5 6 7 8 9		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total



**Dr BENJELLOUN Mohammed Karim**

**Spécialiste des Maladies du Cœur et des Vaisseaux**

**Hypertension Artérielle, ECG (tracé du cœur)**

**Cholestérol, Holter ECG et Tensionnel**

**Diplômé d'Echocardiographie Doppler**

**BORDEAUX**



**الدكتور بن جلون محمد كريم**

**اختصاصي في أمراض القلب والشرابين**

**والضغط الدموي - الكوليسترول .....**

**التخطيط الكهربائي للقلب، الهولتر**

**الفحص بالصدى**

**جامعة بن جردو**

Casablanca, le ..... 19 / 11

Dr. Esslemir Tounsi

**Dr. BENJELLOUN Mohammed Karim**  
**CARDIOLOGUE**  
Bd Al Qods (Ain Chock) Apt 38  
511 Jardin Al Qods California (En Face du concessionnaire RENAULT)  
Tél: 0522 52 57 45 - GSM: 0660 38 40 03

840,00 Tensiomètre électronique  
bros "omron"

**VITALIA MEDICAL**  
**Ventes en Magasin**  
36 Rue des Hôpitaux - Casablanca  
Tel 0522 47 58 76 - Fax : 0522 43 09 30

**Dr. BENJELLOUN Mohammed Karim**  
**CARDIOLOGUE**  
Bd Al Qods (Ain Chock) Apt 38  
511 Jardin Al Qods California (En Face du concessionnaire RENAULT)  
Tél: 0522 52 57 45 - GSM: 0660 38 40 03

Bd. Al Qods, 511, Jardins Al Qods Californie (En Face du concessionnaire RENAULT), 4ème Etage, n° 38  
Ain Chock - Casablanca - Tél. : 0612 65 13 15 / 0660 38 40 03 / 0522 52 57 45  
E-mail : drbenjellounkarim@gmail.com



## F A C T U R E

Page:1

ESSLAMI TOURIA

Facture N° :1098  
Date.....:26/12/2023

LH:17:28:24 Tél: 20515-  
Code:

PRODUIT	QTE	UNG	REM.	TV	PRIX TTC	MONTANT TTC
TENSIOMETRE OMRON M3 CONF	1			20	840.00	840.00
TOTAL...TTC.....						840.00

DONT TVA: 7 %: 0.00

DONT TVA: 20 %: 140.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE:  
HUIT CENT QUARANTE Dirhams 00 Centimes

**VITALIA MEDICAL**  
Ventes en Magasin  
36, Rue des Hôpitaux - Casablanca  
Tél: 0522 47 58 76 - Fax: 0522 43 09 90