

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Cœfficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

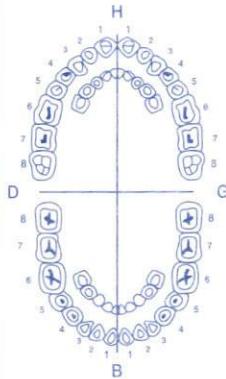
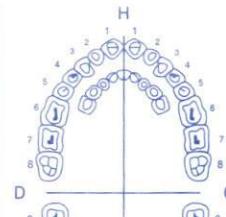
AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et Signature du praticien | Dates des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|-----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Cœfficient | CŒFFICIENT DES TRAVAUX |
|--|---|----------------------|------------|---|
|  | | | | |
|  | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE | | | CŒFFICIENT DES TRAVAUX |
| D | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | G | |
| D | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | B | MONTANT DES SOINS |
| (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L |

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- S = Consultation au Cabinet par le médecin omnipraticien
S = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
PSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
= Visite de jour au domicile du malade par le médecin
= Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
= Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
= Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
= Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
= Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence
SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
R-Z = Electro - Radiologie
B = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PRÉALABLE

OSPITALISATION EN CLINIQUE
OSPITALISATION EN HOPITAL
OSPITALISATION EN SANATORIUM OU
EVENTORIUM

TOUR EN MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
épisodiques comportant un ou plusieurs échelons
dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPÉDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

En cas d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit venir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord.

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade.



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DÉPÔT

AÉROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
FAX / 05 22 91 26 52
TELEX / 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS MU 045473

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT

Nom & Prénom : ABOUKHALID ABDELKADER
Matricule : 2952 Fonction : RETRAITE Poste :
Adresse : LOT AL WAFAA N°8 BEAUCHAMP
Tél. : 06 62 16 30 17 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Age

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie :

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances :

A , le / / Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

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 اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طيبة، فوادن،).

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

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشرطي للأدوية
المشترأة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الآثائية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في طرف شهرین من تاريخ أول عملية طبية ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة . يجب تقديم الملف في حدود شهرین(60 يوماً) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية
المراجعنة.

تعويض بعض الخدمات يطلب رهينا بطلب الموافقة

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع و كالات 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 طبقاً للمساطر القانونية.

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

توقيع وطابع الوكالة

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

Identification de l'agent :

ریخ الایداع: ۱۱۱۱۱۱۱۱۱۱

| | | | |
|---|--|--|---|
|  <p>الجهاز الاجتماعي الوطني CNS Le devoir de vous protéger</p> | <h2>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</h2> <h3>Feuille de Soins Maladie</h3> | | <p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> |
| <p>* موافقة مسبقة *</p> <p>Entente préalable *</p> | <p>* تنفيذ *</p> <p>Exécution *</p> | <p>مرجع رقم</p> <p>Réf. - 610-1-02</p> | |

• Cacher 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

للضمان الاجتماعي - ساحة داكار - الدار البيضاء ص-ب 2186 الدار البيضاء الخطة - الهاتف: 80 203 3333

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

| تاريخ العمليات Date des actes | رمز العمليات Code des actes | معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP | البلغ المفوت Montant facturé | توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant |
|----------------------------------|--------------------------------|--|---------------------------------|--|
| 15/11/2018 | C 5 | 300DA | | Dr. Mousa Hassan Dr. Mousa Hassan Dr. Mousa Hassan Dr. Mousa Hassan |
| INPE et code à Barres | | | | |
| INPE et code à Barres | | | | |

CIM-10

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

| تاريخ العمليات Date des actes | رمز العمليات Code des actes | معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP | عدد العمليات Nbre d'actes | البلغ المفوت Montant facturé | توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical |
|----------------------------------|--------------------------------|--|------------------------------|---------------------------------|---|
| | | | | | |
| INPE et code à Barres | | | | | |
| INPE et code à Barres | | | | | |

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة والصور

| تاريخ العمليات Date des actes | رمز العمليات Code des actes | معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM | البلغ المفوت Montant facturé | توقيع وطابع طبيب الاشعة او الاحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste |
|----------------------------------|--------------------------------|---|---------------------------------|---|
| 15/11/18 | Dr. Lazrak Amal | Dr. Lazrak Amal | 245,40 | Dr. Lazrak Amal |
| INPE et code à Barres | | | | |
| INPE et code à Barres | | | | |

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

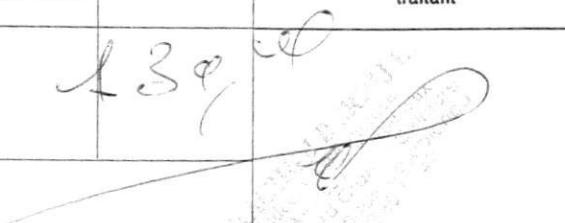
| تاريخ التنفيذ Date d'exécution | الثمن المفوت Prix facturé | توقيع الطبي Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux |
|-----------------------------------|------------------------------|---|
| 15/11/18 | 245,40 | Dr. Lazrak Amal |
| INPE et code à Barres | | Dr. Lazrak Amal |
| 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 |
|-------------------------|---------------|----------|------------|
| | | | |

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

| تاريخ العمليات Date des actes | رمز العمليات Code des actes | معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP | النبلغ المضور Montant facturé | توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant |
|--|--------------------------------|--|----------------------------------|--|
| 21/06/88 | 0 | 439 | 40 |  |
| INPE et code à Barres 1_1_1_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_1_1_1 | | | | |

CIM-10

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

| تاريخ العمليات Date des actes | رمز العمليات Code des actes | معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP | عدد العمليات Nbre d'actes | المبلغ المضور 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_1_1_1 | | | | | |
| INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1 | | | | | |

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

العمليات الإيجياء، الأشعة والصور

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

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

| تاريخ العمليات Date des actes | رمز العمليات Code des actes | معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM | المبلغ المضور Montant facturé |
|--|--------------------------------|---|----------------------------------|
| INPE et code à Barres 1_1_1_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_1_1_1 | | | |

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

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

تاريخ التنفيذ
Date d'exécution

الثمن المضور
Prix facturé

| | |
|--|--|
| | |
| INPE et code à Barres 1_1_1_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_1_1_1 | |

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

| Nature de la prestation | Prix Unitaire | Quantité | Prix Total |
|-------------------------|---------------|----------|------------|
| | | | |

| Description des actes effectués | | | | | وصف العمليات المجرأة |
|----------------------------------|--------------------------------|--|---------------------------------|--|-----------------------|
| تاريخ العمليات Date des actes | رمز العمليات Code des actes | معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP | النوع المفتر Montant facturé | توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant | |
| 15/11/18 | Contrôle | | G | | |
| INPE et code à Barres | | | | | INPE et code à Barres |
| | | | | | |
| INPE et code à Barres | | | | | |
| | | | | | |

CIM-10

| Actes Paramédicaux | | | | | | | العمليات المساعدين الطبيين |
|----------------------------------|--------------------------------|--|------------------------------|---------------------------------|---|--|----------------------------|
| تاريخ العمليات Date des actes | رمز العمليات Code des actes | معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP | عدد العمليات Nbre d'actes | النوع المفتر Montant facturé | توقيع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical | | |
| | | | | | | | |
| INPE et code à Barres | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| INPE et code à Barres | | | | | | | |
| | | | | | | | |

- CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

| Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie | | | | | العمليات الاذاعية والصور |
|---|--------------------------------|---|----------------------------------|--|--------------------------|
| تاريخ العمليات Date des actes | رمز العمليات Code des actes | معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM | المبلغ المفتر Montant facturé | توقيع طبيب الاذاعية او الاذاعي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste | |
| 15/11/18 | | B 1598 | 210210 | INSTITU TION D'ANALYSES MEDICALES Dr. Mohammed V. BERRECHID Tél: 022 23 68 43 | |
| INPE et code à Barres | | | | | |
| | | | | | |
| INPE et code à Barres | | | | | |
| | | | | | |

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

| تاريخ التنفيذ Date d'exécution | النوع المفتر Prix facturé | توقيع الصيدلي او ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux |
|-----------------------------------|------------------------------|---|
| | | |
| INPE et code à Barres | | |
| | | |
| 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 |
|-------------------------|---------------|----------|------------|
| | | | |

s à suivre

une feuille de soins par personne et par moment. 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.

تعميمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل 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 المشتراء.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الاثباتية 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 يرهن باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

توقيع وطابع الوكالة
Cachet et signature de l'Agence

خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier: ٢٠١٩-٠٦-١٢

Date d'arrivée: ٢٠١٩-٠٦-١٢

| | | | |
|---|-------------------------------|--------------------------|-----------------|
| | ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض | Feuille de Soins Maladie | Ref. - 610-1-02 |
| الصادق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة داكار - الدار البيضاء - المغرب - الهاتف: 080 203 3333 | موافقة مسبقة * | تنبيه * | مراجع رقم |
| CNSS | Entente préalable | Exécution | Ref. ANAM |

N° Dossier

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : IRZANE KATIMA

N° Immatriculation : 113181871429

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *

Conjoint نوج

Enfant ابن

Adresse :

LOT AL WAFAA N° 8, BERRERECHID

Montant des frais :

درهم Dhs

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : IRZANE KATIMA

Date de naissance :

1960-11-29

N° CIN:

31181871429

Sexe* :

M ذكر

F أنثى

INPE et code à barres **

094040337

Médecin traitant
الطبيب المعالج

Etablissement de soins
المؤسسة العلاجية

Type de soins*

Hospitalisation استشفاء Maternité أمومة Accident حادثة Maladie مرض

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

Fait à :

Le : ٢٠١٩-٠٦-١٢

توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré(e)

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

sincères et véritables.

Fait à :

Le : ٢٠١٩-٠٦-١٢

Dr. CHAOUI Med

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

206, Rue Mustapha El Meadni

Tel : 022 22 38 57 - CASABLANCA

* لشطب المكان المناسب

** Cocher la mention utile pour chaque case

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

البيان الدوري لتعويضات التأمين
الصحي الإجباري



Relevé périodique des prestations AMO

مديريّة التأمين
الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance
Maladie Obligatoire
Réf. : 610-2-06
مرجع رقم : *

Emis à : CASABLANCA
Le : 04/02/2019

أصدر ب :
 بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

المرسل إليه

N° d'immatriculation 178887422 رقم التسجيل
Règlements de la période أداءات الفترة
du : 01/01/2019 من
au : 31/01/2019 إلى

Destinataire

IRZANE FATIMA
LOTISSEMENT EL WAFA N 8 20000 BERRECHID-
MAROC

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

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

| رقم الملف | تاريخ العلاج | العهليات | مهنيو الصحة | مبلغ المصارييف | التعريفة 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 |
| IRZANE FATIMA | | | | | | | | | | | |
| 55727230 | 15/11/2018 | B | PHARMACIE | 2100,00 | 1,10 | 1598.0 | 1,00 | 1757,80 | 70,00 | 22/01/2019 | 1230,46 |
| 55712669 | 01/11/2018 | C | MEDECIN GENERALISTE | 130,00 | 80,00 | 1.0 | 1,00 | 80,00 | 70,00 | 10/01/2019 | 56,00 |
| 55712670 | 15/11/2018 | CS | MEDECIN SPECIALISTE | 300,00 | 150,00 | 1.0 | 1,00 | 150,00 | 70,00 | 22/01/2019 | 105,00 |
| 55712670 | 15/11/2018 | Z | ETABLISSEMENT PRIVE | 325,00 | 150,00 | 1.0 | 2,00 | 300,00 | 70,00 | 22/01/2019 | 210,00 |
| 55712670 | 15/11/2018 | PHN | PHARMACIE | 160,00 | 160,00 | 1.0 | 1,00 | 160,00 | 0,00 | 22/01/2019 | 0,00 |
| 55712670 | 15/11/2018 | PH | PHARMACIE | 85,40 | 84,80 | 1.0 | 1,00 | 84,80 | 70,00 | 22/01/2019 | 59,36 |
| 55712670 | 15/11/2018 | Z | PHARMACIE | 325,00 | 100,00 | 1.0 | 4,00 | 400,00 | 70,00 | 22/01/2019 | 227,50 |
| 55711907 | 11/12/2018 | CS | MEDECIN SPECIALISTE | 300,00 | 150,00 | 1.0 | 1,00 | 150,00 | 70,00 | 29/01/2019 | 105,00 |
| 55711907 | 11/12/2018 | B | BIOLOGIE | 840,00 | 1,10 | 646.0 | 1,00 | 710,60 | 70,00 | 29/01/2019 | 497,42 |
| 55711907 | 11/12/2018 | PH | PHARMACIE | 262,80 | 14,00 | 1.0 | 1,00 | 14,00 | 70,00 | 29/01/2019 | 9,80 |
| Total remboursé | | | | | | مجموع مبلغ التعويض | | | | | |
| Total général remboursé | | | | | | مبلغ التعويض الإجمالي | | | | | |

- 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 الزيارة الإلكترونية للمؤمن له
أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بالشجيب الآلي على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

2/6

Dr. EL MOUTASSI
Cardiologue
4, Rue Okba Ben NAFI
1er étage
Tél: 022 32 47 02

Bilan Biologique

Le : 15/11/18

Nom/Prénom : KIRANE FATIMA Age : Sexe : H F

Hématologie

- NFS
- Plaquettes
- VS
- CRP
- Hémoculture

Bilan martial

- Fer sérique
- CTF
- Ferritine
- Transferrine

Hémostase

- Temps de Prothrombine
- TCK
- Fibrinogène
- INR

Glucose

- Glycémie à jeun
- Hyperglycémie par VO
- Hémoglobine glyquée

Ionogramme sanguin

- Na+
- K+
- Cl-
- Ca++
- Phosphore
- Mg++
- Bicarbonates (HCO3-)
- Urée
- Crétatine
- Acide urique

Autres : *vit. D3, Facteur Rhumatoïde, latex et Waaler Rose, AC anti-nucléaires, AE, anti-peptides citrullines cyclisées, TSH, US*

INF: 605/RC, IEE: 00 1764 9630 000 63

Bilan lipidique

- Cholestérol total
- Cholestérol HDL
- Cholestérol LDL
- Triglycérides

Fonction hépatique et enzymologie

- Amylasémie
- Bilirubine libre et conjuguée
- Phosphatases acides
- Phosphatases alcalines
- Lactate Déshydrogénase LDH
- Transaminases ASAT, ALAT
- Gamma-GT
- 5'Nucléotidase
- CPK (Créatine Phosphokinase)
- Troponine
- Electrophorèse des protéines EPP
- BNP

Ionogramme urinaire

- Ca++
- Phosphore
- Na+
- K+
- Cl+
- Urée
- Crétatine

Examen des urines

- Protéinurie des 24h
- ECBU
- Antibiogramme

Groupage sanguin

- ABO
- Rhésus
- RAI

Sérologie et immunologie

- VDRL-TPHA
- Hépatite B
 - Antigène Hbs
 - Anticorps Anti-Hbs
 - Anticorps Anti-Hbc
 - Anticorps Anti-Hbe
- Hépatite C
 - Anticorps Anti-HVC
- Sérologie Toxoplasmose
- Sérologie Rubéole
- β -HCG Plasmatique

- Facteur Rhumatoïde :
 - (Latex, Waaler Rose)
 - Anticorps anti-nucléaires
 - Anticorps anti-DNA natif
 - SASLO
- Dosage du Complément

Dr. EL MOUTASSI
Cardiologue
4, Rue Okba Ben NAFI
1er étage
Tél: 022 32 47 02

Dr. Hasnaa CHERIF BEN MOUSSA
Rhumatologue

Maladies des Os-Articulations
Colonne Vertébrale - Muscles
et Tendons
Tél./Fax : 05 22.22.23.04

Sur Rendez-vous



د. حسناء شريف بن موسى

أخصائية في الروماتيزم

أمراض العظام والمفاصل

والعمود الفقري والعضلات

الهاتف /fax : 05 22.22.23.04

بالمؤعد

الدار البيضاء، في :
Casablanca, in :
Tél.: 0522 223 04
Rue des Hôpitaux, Qt. des Hôp.
HUMATOLOGUE
DR. HASNAAB

1) Rx des 2 fesses
Charge face à l'heure

2) Traction 45° - 30°
3) Rx Bassin fess

DR. HASNAAB
Rhumatologue
des Hôpitaux, Qt. des Hôp.
0522 22 23

05 22.22.23.04، زنقة المستشفيات (أمام مستعجلات ابن رشد) الطابق الثالث - الدار البيضاء - الهاتف /fax : 44

44, Rue des Hôpitaux (En face des Urgences du CHU Ibn Rochd) 3^{eme} Etage - Casablanca - Tél./Fax : 05 22.22.23.04

البريد الإلكتروني : E-mail : hasnaab5@hotmail.com

Dr. Hasnaa CHERIF BEN MOUSSA
Rhumatologue

Maladies des Os-Articulations
Colonne Vertébrale - Muscles
et Tendons
Tél./Fax : 05 22.22.23.04

Sur Rendez-vous



د. حسناء شريف بن موسى

أخصائية في الروماتيزم

أمراض العظام والمفاصل

والعمود الفقري والعضلات

الهاتف / الفاكس: ٠٥٢٢٢٣٠٤٢٢

بالمُوْعِد

الدار البيضاء، في 15 نونبر 2018

MOUSSA HASSAN des Habersa - LOGUE

Nº: 1-2 Mrs. Sihem TAMIM
Hay Rida

Collège Riad
Tél /FAX: 05.20.20.10.10

222336822

460, 2000 ft.

_____ X 10³

ESAC 26 (1988)

to DR. CHERIF BEN MOUSSA HAS

ANESTHÉSIATOLOGUE
20, Rue des Hôpitaux, Quartier des Hôpitaux

160-0522 2222-1

aux (En face des Urgences du CHU Ibn Rochd) 3^{ème} Etage - Casablanca - Tél./Fax : 05 24 50 15 50

زنقة المستشفى (آمام مستعجلات ابن رشيد) الطابق الثالث - الدار البيضاء - الهاتف / الفاكس : 05 22.22.23.04

44, Rue des Hôpitaux (En face des Urgences du CHU Ibn Rochd) 3^{ème} Etage - Casablanca - Tél./Fax : 05 22 22 23 04

البريد الإلكتروني: E-mail : hasnaab5@hotmail.com

دكتور CHAOUI R. Mohamed

RHUMATOLOGUE

Expert Assermenté près des Tribunaux

206, Rue Mustapha El Maâni

Casablanca

Tél. : 05 22 22 38 57



الدكتور محمد الشاوي

اختصاصي في أمراض العظام والمفاصيل

الروماتز

خبير محلل لدى المحاكم

206، زنقة مصطفى العواني

الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 22 38 57

Casablanca, le 11 DEC 2018

الدار البيضاء، في

براءة فنية

- VS

- CRP

- Anti CCP

Dr. CHAOUI Med
RHUMATOLOGUE
206, Rue Mustapha El Maâni
Casablanca
Tél: 0522 22 38 57

CARTER AN

162 9-3



2 pells each within cap

New file get - change

1 zykl. 21,

— 7 —

262.80



500 mg

Docteur CHAOUI R. Mohamed

RHUMATOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
Spécialiste des Maladies des Os
des Articulations et des Muscles

Expert Assermenté près des Tribunaux

Diplômé de l'Institut Médico-Légal de Paris
en Expertise pour la Réparation Juridique
du Dommages Corporel

203, Rue Mustapha El Maâni
Casablanca
Tél. : 05 22 22 38 57

Sur rendez-vous



الدكتور محمد الشاوي

اختصاصي في أمراض العظام و المفاصل
الروماتزم

خريج كلية الطب بباريز

خبير محلل لدى المحاكم

حاصل على شهادة الخبرة في التعويض
القضائي للأضرار الجسمانية

206، زنقة مصطفى المعاني
الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 22 38 57

الاستقبالات بالميعاد

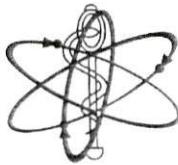
Casablanca, le 12 DEC 2018 الدار البيضاء، في

169.00 - Dolicox 90 mg 14 = 1 g 65 mg -
169.00 - Av 90 C 070
18.87 200 mg
TSP →

14.00 - Av 90 C 070
18.87 200 mg
TSP →

Anoual

Laboratoire de Biologie médicale
Génétique moléculaire
Radio immuno-analyse
Diagnostic Prenatal
Biologie de la Reproduction



أنوال

Docteur Jamal FEKKAK

Radio-biologiste

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
Diplômé de l'Université Paris VII
et de l'Institut Pasteur de Paris
Biologiste Qualifié

FACTURE N° 1812110054

Mme Fatima IRZANE

Demande N° 1812110054
Date de l'examen 11-12-2018
Analyses

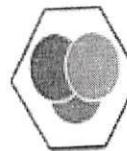
Récapitulatif des analyses

| C/N | Analyse | Val | Clefs |
|------|--------------------------|------|-------|
| PSAD | Prélèvement sang adulte | E15 | E |
| | CRP us | B100 | B |
| | FACTEURS RHUMATOÏDES | E300 | E |
| | Vitesse de sédimentation | B30 | B |
| | AC Anti-CCP hs | E350 | E |

Total des B : 130
TOTAL DOSSIER : 840 DH
Arrête la présente facture à la somme de : 840 DH



Angle Bd. Anoual-Bd d'Alexandrie, Quartier des Hôpitaux-Casablanca - Tél.: 05.22.86.03.36 / 06 59 27 33 92 - Fax : 05.22.86.04.97
زاوية شارع أنوال وشارع الإسكندرية، حي المستشفيات، الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 86 03 36 - 05 22 86 04 97 : 06 59 27 33 92 / 05 22 86 03 36
jfekkak@laboratoire-anoual.com Site web : www.labanoual.ma - ICE N° 001703721000037 - INP: 093000883



Date le : 11/12/2018

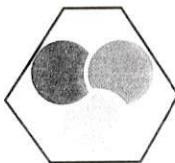
Facture N°: FA2347/18

Date de l'examen 15/12/2018

IRZANE FATIMA

| Examens | Honoraires |
|-----------------------------------|---------------|
| RADIOGRAPHIE DES DEUX GENOUX FACE | 250,00 |
| INCIDENCE FEMORO -PATELLAIRE | 250,00 |
| RADIOGRAPHIE BASSIN | 150,00 |
| Montant Total | 650,00 |

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE



Dr Amal LAZRAK BERRADA

Dr Najia ELWADY LARAQUI

Patient :IRZANE FATIMA

Casablanca le , 15/11/2018

Radiographie des deux genoux en charge face + IFP à 30°

- Important pincement avec disparition quasi-complète du compartiment interne de l'articulation fémoro-tibiale gauche.
- Pincement du compartiment interne de l'articulation fémoro-tibiale droite avec ostéocondensation sous chondrale.
- Epines tibiales saillantes.
- Pincement des compartiments externes des articulations fémoro-patellaires avec becs ostéophytiques latéro-rotulien.

Radiographie du bassin de face



NOM / PRENOM : IRZANE Fatiha

MEDECIN TRAITANT : Dr EL Moutassil

DATE : 15/11/18

REF. : 9A41413

| HEMOGRAMME | RESULTATS | NORMES | HEMOSTASE | RESULTATS | TEMOIN |
|--|-----------|--|----------------------------|-------------|---------------------------|
| LEUCOCYTES / mm ³ | 7600 | 4000 - 10.000 | PLAQUETTES mm ³ | 304 | 200 - 400 10 ³ |
| HEMATIES / mm ³ | 4,19 | H : 4,4 - 5,7 10 ⁶ F : 4 - 5,4 10 ⁶ | TEMPS DE HOWELL | | |
| HEMOGLOBINE g / 100 ml | 12,8 | H : 13 - 17 F : 12 - 16 | TEMPS CEPHALINE KAOLIN | | |
| HEMATOCRITE % | 39,2 | H : 40 - 52 % F : 35 - 47 % | TEMPS DE QUICK | | |
| VGM / u ³ | 94 | 80 - 98 | TAUX DE PROTHROMBINE | | |
| TCMH / pg | 30,5 | 27 - 33 | | | |
| CCMH g / 100 ml | 32,7 | 30 - 36 | SEROLOGIE | RESULTATS | |
| - PNN | 63 | | VDRL | | |
| - PNE | 4 | | TPHA | | |
| - PNB | 0 | | TOXOPLASMOSE | | |
| - LYMPHOCYTES | 27 | | RUBEOLE | | |
| - MONOCYTES | 6 | | ASLO | | |
| VITESSE DE SEDIMENTATION 1 ^o heure | 49 | | TEST DE GROSSESSE | | |
| 2 ^o heure | 90 | | AAN | Négatif | |
| BIOCHIMIE | RESULTATS | NORMES | CCP | 393,80 U/ml | |
| GLYCEMIE A JEUN | 0,98 | 0,70 - 1,10 g/l | F. R. Latex | < 8 U/ml | |
| CH. total | 1,34 | 0,15 - 0,45 g/l | W22 per Rose | < 8 U/ml | |
| CH. HDL | | 8 - 12 mg/l | | | |
| CH. LDL | | | | | |
| Triglycérides | 0,95 | | | | |
| HbA1c | 5,71 | | | | |

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES IBN SINA BERRECHID توقيت العملFACTURE N° : 41213

كل يوم 07.30 ... 18.00

NOM/PRENOM : IRZANE FATIMA

السبت 07.30 ... 12.30

PRESCRIPEUR :DR. EL MOUTASSIL TOURIA

DATE : 15.11.2018

| NUM ORDRE | ANALYSES | I B |
|-----------|--------------|-------------------|
| 01 | NFS | B 73 |
| 02 | GLY | B 15 |
| 03 | VS | B 22 |
| 04 | CHOL | B 23 |
| 05 | HDL2 | B 56 |
| 06 | TRIG | B 56 |
| 07 | LDLM | B 56 |
| 08 | HBA1 | B 112 |
| 09 | CRP | B 90 |
| 10 | FR | B 110 |
| 11 | AAN | B 150 |
| 12 | ACCP | B 315 |
| 13 | TSH | B 220 |
| 14 | VITD | B 300 |
| | | B 1598 |
| | TOTAL | 2100.00DHS |

Arrêtée la présente facture a la somme:

DEUX MILLE CENT DH .

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
 IBN SINA
 Dr. Mohammed V. BERRECHID
 Tel : 05 22 33 66 43