

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	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 - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

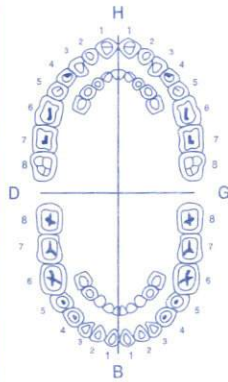
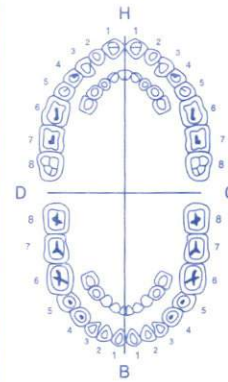
## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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	Coefficient													
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANT DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td></td> <td>G 00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>B</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			25533412	H	21433552	00000000		00000000	D 00000000		G 00000000	35533411	B	11433553	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	H	21433552														
00000000		00000000														
D 00000000		G 00000000														
35533411	B	11433553														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

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 :

- = Consultation au Cabinet par le médecin omnipraticien
- = 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 couvrant 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 kinsithérapeute
- 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 PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE  
HOSPITALISATION EN HOPITAL  
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU  
HOSPITALISATION EN SANATORIUM  
HOSPITALISATION EN MAISON DE REPOS  
ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit  
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes  
à exécuter en plusieurs séances échelonnées  
sur une période de temps.

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

## EN CAS D'URGENCE

En cas d'actes 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 DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83  
FAX / 05 22 91 26 52  
TELEX / 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS MU 045473

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : ABOUKHALID ABDELKADER  
Matricule : 2952 Fonction : RETRAITE Poste :  
Adresse : LOT AL WAFIA N°8 BEAURECHID  
Tél. : 0662 16 30 17 Signature Adhérent : [Signature]

## A REMPLIR PAR LE MEDECIN 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 \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Durée d'utilisation 3 mois

**MUPRAS**  
**18 AVR. 2019**  
**ACCUEIL**

Signature et cachet du médecin





Description des actes effectués				وصف العمليات المجراة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	
15/11/2018		C 5	3000 DA		
INPE et code à Barres					
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	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
INPE et code à Barres						
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 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	
15/11/18		Ra. ch. thor. et a. c.	650,-		
INPE et code à Barres					
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
15/11/18	245,40	
INPE et code à Barres		
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



تعلیمات يجب اتباعها

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.

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 اثباتية 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 المرحعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي .

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض 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 و كل ما سبق ذكره.

 <p>الصندوق الاجتماعي CNS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</p> <p><b>Feuille de Soins Maladie</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <p>موافقة مسبقة *</p> <p>Entente préalable *</p> </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <p>تنفيذ *</p> <p>Exécution *</p> </td> </tr> </table>	<p>موافقة مسبقة *</p> <p>Entente préalable *</p>	<p>تنفيذ *</p> <p>Exécution *</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>مرجع رقم 610-1-02 Réf.</p>
<p>موافقة مسبقة *</p> <p>Entente préalable *</p>	<p>تنفيذ *</p> <p>Exécution *</p>			

**N° Dossier :**

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

**Nom et prénom :** ..... الاسم العائلي والشخصي :

**N° Immatriculation :** ..... رقم التسجيل :

**N° CIN :** ..... 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 :** ..... العنوان :

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

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

**Déclaration du médecin traitant** تصريح الطبيب المعالج

**Bénéficiaire de soins** المستفيد من العلاجات

**Nom et prénom :** ..... الاسم العائلي والشخصي :

**Date de naissance :** ..... تاريخ الازدياد :

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

**Sexe :** M ☐ ذكر      F ☒ أنثى الجنس :

**INPE et code à barres \*\*** الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المسمى \*\*

<b>Médecin traitant</b> الطبيب المعالج	<b>Etablissement de soins</b> المؤسسة العلاجية
---	---

**Type de soins\*** نوع العلاجات\*

Hospitalisation ☐ استشفاء      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.** أشعر بمصادقية وسحة 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

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة دكاكر - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء الحظرة - 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 clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	
21/05/18	0		139		
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	المبلغ المفوتر 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 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 و التجهيزات 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
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



## Instructions à suivre

Établir 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.

## Instructions à suivre

Préparer et déposer la 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.

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

<p>الضمان الاجتماعي C.N.S.S. Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p>	<p>رجع رقم 610-1-02 Rég. ANAM : 12.01.01</p>
<p>موافقة مسبقة * Entente préalable *</p>	<p>تنفيذ * Exécution *</p>		

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

<p>الاسم العائلي والشخصي : .....</p>	<p>رقم التسجيل : .....</p>
<p>N° Immatriculation : .....</p>	<p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : .....</p>
<p>N° CIN : .....</p>	<p>علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *  <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن</p>
<p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *</p>	<p>العنوان : .....</p>
<p>Montant des frais : .....</p>	<p>مبلغ المصاريف : .....</p>
<p>Nombre de pièces jointes : .....</p>	<p>عدد الوثائق المرفقة : .....</p>
<p>Déclaration du médecin traitant</p>	<p>تصريح الطبيب المعالج</p>
<p>Bénéficiaire de soins</p>	<p>المستفيد من العلاجات</p>
<p>Nom et prénom : IRZANE FATIMA</p>	<p>الاسم العائلي والشخصي : .....</p>
<p>Date de naissance : 12/11/1954</p>	<p>تاريخ الميلاد : .....</p>
<p>N° CIN : .....</p>	<p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : .....</p>
<p>Sexe : M <input type="checkbox"/> ذكر F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى</p>	<p>الجنس : .....</p>
<p>INPE et code à barres **</p>	<p>الرقم الوطني الاستدالي والرقم المشفّر **</p>

<p>Médecin traitant الطبيب المعالج</p>	<p>Etablissement de soins المؤسسة العلاجية</p>
--	--

<p>Type de soins*</p>	<p>نوع العلاجات*</p>
<p>Hospitalisation <input type="checkbox"/> استشفاء Maternité <input type="checkbox"/> أمومة Accident <input type="checkbox"/> حادثه Maladie <input checked="" type="checkbox"/> مرض</p>	

<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : .....</p>	<p>أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه ب : .....</p>
<p>Le : .....</p>	<p>في : .....</p>
<p>توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)</p>	<p>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>

\* Cocher la mention utile pour chaque case  
\*\* Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professions des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres

الضمان الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة دالكو - 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف: 080 203 3333  
CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP 2186 Case Gère Téléphone : 080 203 3333





تعليمات يجب إتباعها

une feuille de soins par personne et par  
nement.

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.

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 المرسله بالرمز الشريطي للأدوية  
المشترأة.

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 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 و الأمراض 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 و كل 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: ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ تاريخ الإيداع:	Date d'arrivée: ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ تاريخ الاستلام:

 الشبان الإجتماعي <b>CNSS</b> Le devoir de vous protéger	<b>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</b> <b>Feuille de Soins Maladie</b>	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	Réf. ANAM : 1.2.01.01
N° Dossier :		مرجع رقم : 610-1-02	
Partie réservée à l'assuré(e)		خاص بالمؤمن له (لها)	
Nom et prénom : <b>IRZANE FATIMA</b>		الاسم العائلي والشخصي :	
N° Immatriculation : <b>178887422</b>		رقم التسجيل :	
N° CIN : <b>31182129</b>		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 : <b>LOT AL WAFIA N°8 BERRACHID</b>		العنوان :	
Montant des frais :		مبلغ المصاريف :	
Nombre de pièces jointes :		عدد الوثائق المرفقة :	
Déclaration du médecin traitant		تصريح الطبيب المعالج	
Bénéficiaire de soins		المستفيد من العلاجات	
Nom et prénom : <b>IRZANE FATIMA</b>		الاسم العائلي والشخصي :	
Date de naissance : <b>10/10/1982</b>		تاريخ الازدياد :	
N° CIN : <b>31182129</b>		رقم بطاقة التعريف الوطنية :	
Sexe : M <input type="checkbox"/> ذكر		الجنس : F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى	
INPE et code à barres **		الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المفسر **	
Médecin traitant		Etablissement de soins	
الطبيب المعالج		المؤسسة العلاجية	
Type de soins :		نوع العلاجات	
Hospitalisation <input type="checkbox"/> استشفاء		Maladie <input type="checkbox"/> مرض	
Maternité <input type="checkbox"/> أمومة		Accident <input type="checkbox"/> حادثة	
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant		Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.	
Fait à :		Fait à :	
Le :		Le :	
توقيع المؤمن له		توقيع وعلاج الطبيب المعالج / المؤسسة الصحية	
Signature de l'assuré(e)		Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins	
206, Rue Mustapha El Madni		206, Rue Mustapha El Madni	
Casablanca		Casablanca	

- \* Cocher la mention utile pour chaque case

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة دكاير - 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

1/4

Description des actes effectués				وصف العمليات المجرة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	
2 DEC 2018	C2		300,00	Dr. CHAOUI Mad RHUMATOLOGUE 206, Rue Mustapha El Maâni Tél : 022 22.38.57 - CASABLANCA	
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _					
1 DEC 2018	CL		GR	Dr. CHAOUI Mad RHUMATOLOGUE 206, Rue Mustapha El Maâni Tél : 022 22.38.57 - CASABLANCA	
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	المبلغ المفوتر 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 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	
11/12/18	B646		840 Dh.		
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _					
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _					

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثلث المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
12/12/18	262,80	
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



	<b>البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري</b> <b>Relevé périodique des prestations AMO</b>		مديرية 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
N° d'immatriculation 178887422 Règlements de la période du : 01/01/2019 : من au : 31/01/2019 : إلى	رقم التسجيل أداءات الفترة	<b>المُرسل إليه</b> Destinataire IRZANE FATIMA LOTISSEMENT EL WAFI 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 استفيدتم 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 الاداء	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
<b>Total remboursé</b>											<b>2500,54</b>
<b>Total général remboursé</b>											<b>2500,54</b>

- 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

المزيد من المعلومات:

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني  
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم  
أو تطبيق الهاتف  
أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم  
أو الاتصال بمركز الاتصال الو الضمان على الأرقام

2/4

Dr. EL MOUTASSIL  
Cardiologue  
4, Rue Okba  
1er étage  
Tél C 022 32 47 21

# Bilan Biologique

Le : 15/11/18

Nom/Prénom : IRZANE 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
- ☐ Créatinine
- ☐ Acide urique

Autres :

## 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
- ☐ Créatinine

## Examen des urines

- ☐ Protéinurie des 24h
- ☐ ECBU
- ☐ AntibioGramme

## Groupe 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
- ☐  $\beta$ -HCG Plasmatique

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

Autres : nt. 2, 2, 2 - Facteur Rhumatoïde: latex et Waaler Rose  
AC anti-nucléaires - AC. anti peptides citrullines  
TSH. US - cyclises -  
INF: 605/RC, IEE: 00 1764 9630 000 63.



**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 : 05 22.22.23.04

بالموعد

Casablanca

الدار البيضاء، في :

1) Rx obs 2 faces, en  
Charge Face Schuss

2) Incidence F.P. 30°

3) Rx bassin face

Dr. BEN MOUSSA HASNA  
RHUMATOLOGUE  
des Hôpitaux, Qt. des Hôpitaux  
05 22 22 23 04

44, Zénقة المستشفيات (أمام مستعجلات ابن رشد) الطابق الثالث - الدار البيضاء - الهاتف / الفاكس : 05 22.22.23.04

44, Rue des Hôpitaux (En face des Urgences du CHU Ibn Rochd) 3<sup>ème</sup> Etage - Casablanca - Tél./Fax : 05 22.22.23.04

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

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



Docteur 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 و المفاصل  
الروماتيزم

خبير محلف لدى المحاكم

206، زقاق مصطفى المعاني

الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 22 38 57

Casablanca, le 11 DEC 2018 في الدار البيضاء،

IRZANE Fekri-

- VS

- CRP

- Anti CCP

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

CARTEK AN

161 2 9-4

2 pills with water rep

Newflec gel chaffi

1 zph. 21

7980

262.80



500 mg

Dr. CHAOUT Med  
RHEUMATOLOGUE  
206, Rue Mohammed VI - Casablanca  
Tél: 0522 22 38 57

Dr. CHAOUT Med  
RHEUMATOLOGUE  
206, Rue Mohammed VI - Casablanca  
Tél: 0522 22 38 57

Dr. CHAOUT Med  
RHEUMATOLOGUE  
206, Rue Mohammed VI - Casablanca  
Tél: 0522 22 38 57



**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

206, 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 محلف لدى المحاكم

حائز على شهادة الخبرة في التعويض

القضائي للأضرار الجسمانية

206، زنقة مصطفى المعاني

الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 22 38 57

الاستقبالات بالميعاد

Casablanca, le ..... 1 2 DEC 2018 ..... في الدار البيضاء،

1 K 2 ANE Frotin

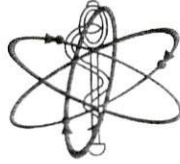
10900 - Dolicox 90mg 14  
1 y L sir exp-dim

1400 An 90 L 070  
18 82 aut up

TSVP →

# Anoual

Laboratoire de Biologie medicale  
Genetique moleculaire  
Radio immuno-analyse  
Diagnostic Prenatal  
Biologie de la Reproduction



## مختبر 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 Qualiticien

FACTURE N° 1812110054

Mme Fatima IRZANE

Demande N° 1812110054

Date de l'examen 11-12-2018

Analyses

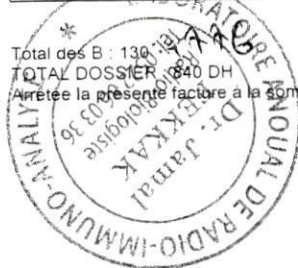
### Récapitulatif des analyses

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

Total des B : 130

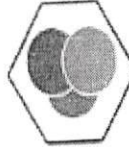
TOTAL DOSSIER : 840 DH

Arrêtée 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 / 06 59 27 33 92 : الفاكس : 05 22 86 04 97  
jfekkak@laboratoire-anoual.com Site web : www.labanoual.ma - ICE N° 001703721000037 - INP: 093000883





Date le : 11/12/2018

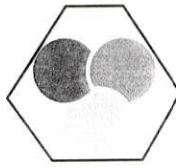
Facture N°: FA2347/18

Date de l'examen : 25/11/2018

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-rotuliens.

**Radiographie du bassin de face**





NOM / PRENOM : IRZANE Fedima

MEDECIN TRAITANT : Dr EL Moutassil

DATE : 15/11/18

REF : 9A41213

HEMOGRAMME	RESULTATS	NORMES	HEMOSTASE	RESULTATS	TEMOIN
LEUCOCYTES / mm <sup>3</sup>	7600	4000 - 10.000	PLAQUETTES mm <sup>3</sup>	304	200 - 400 10 <sup>3</sup>
HEMATIES / mm <sup>3</sup>	4,19	H : 4,4 - 5,7 10 <sup>6</sup> F : 4 - 5,4 10 <sup>6</sup>	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 <sup>3</sup>	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 <sup>re</sup> heure	49		TEST DE GROSSESSE		
2 <sup>de</sup> heure	90		AAN	Négatif	
BIOCHIMIE	RESULTATS	NORMES	CC2	393,80 U/ml	
GLYCEMIE A JEUN	0,98	0,70 - 1,10 g/l	F. R L2 fix	< 8 U/ml	
CH. total	1,34	0,15 - 0,45 g/l	wz2 fix Rose	< 8 U/ml	
CH. HDL		8 - 12 mg/l			
CH. LDL					
Triglycerides	0,95				
HB A1c	5,71				

**FACTURE :62662****LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES IBN SINA BERRECHID** توقيت العمل**FACTURE N° : 41213****كل يوم 07.30 ... 18.00****NOM/PRENOM : IRZANE FATIMA****السبت 07.30 ... 12.30****PRESCRIPTEUR :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>B 1598</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>2100.00DHS</b>

**Arrêtée la présente facture a la somme:****DEUX MILLE CENT DH .**

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
IBN SINA  
Bd, Mohammed V, BERRECHID  
Tél : 05 22 33 66 43