

W18-402973

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle

1798

Nom & Prénom

AOUAME NOSTAGA

Fonction :

RETRAITE

Phones

0662100580

Mail

Retire

Signature de
l'adhérent
Signature de
l'adhérent

MEDECIN

Prénom du patient

EL NECHRAFI A ZIA

Adhérent



Conjoint



Enfant



Age

Date

Nature de la maladie

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des
honoraires

Signature et
cachet du
médecin

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

Signature et
cachet du
Pharmacien

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des
Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

Montant détaillé des
Honoraires

AM

PC

IM

IV

MUPRAS
JUN 2019
COULEIL

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 un 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 un 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 و لكل 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 و الوثائق 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 التعريفة 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 طبقا للمساطر القانونية.

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

0662100580

 <p>الضمان الاجتماعي +2120202020202020 CNSS</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</p> <p>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>Ref. : 610-1-03 مرجع رقم</p>
	<p>موافقة مسبقة *</p> <p>Entente préalable *</p>	<p>تنفيذ *</p> <p>Exécution *</p>	
<p>N° Dossier :</p>			
<p>Partie réservée à l'assuré(e)</p>			
<p>خاص بالمؤمن له (ها)</p>			
<p>الاسم والعائلي والشخصي : EL MECHRAFI AZIZA</p>			
<p>رقم التسجيل : 15450123333</p>			
<p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : A-1214331-1-1</p>			
<p>علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (ها) *</p>			
<p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/></p>			
<p>العنوان : 18, RUE MOU EL WAST. RES. SOUT. B. 218. DOUENOUENE CASA</p>			
<p>مبلغ المصاريف : 392,50 Dhs.</p>			
<p>عدد الوثائق المرفقة :</p>			
<p>Declaracion du Médecin traitant</p>			
<p>المستفيد من العلاج</p>			
<p>الاسم والعائلي والشخصي : EL MECHRAFI AZIZA</p>			
<p>تاريخ الميلاد : 11/11/1984</p>			
<p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : 11111111111</p>			
<p>الجنس : * <input checked="" type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/></p>			
<p>INPE et code à barres **</p>			
<p>مédecin traitant</p> <p>المؤسسة العلاجية</p>		<p>المؤسسة العلاجية</p>	
<p>Type de soins</p>			
<p>Admission ALD : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>			
<p>N° dossier ALD : 11111111111</p>			
<p>Code ALD : 11111111111</p>			
<p>Maladie* <input type="checkbox"/> مرض *</p>		<p>Hospitalisation* <input type="checkbox"/> استشفاء *</p>	
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p> <p>Fait à : 10/06/2013</p> <p>Le : 10/06/2013</p> <p>توقيع المؤمن له</p> <p>Signature de l'assuré (e)</p>		<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p> <p>Fait à : 10/06/2013</p> <p>Le : 10/06/2013</p> <p>توقيع وطبيب العلاج أو المؤسسة الصحية</p> <p>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>	

<p>توقيع وطابع الوكالة</p> <p>Cachet et signature de l'Agence</p>	<p>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Réservé à la DAMO</p>
<p>Identification de l'agent :</p> <p>Date de dépôt du dossier : 11/11/11111111111</p>	<p>تاريخ الاستلام : 11/11/11111111111</p>

* Cocher la mention utile pour chaque case.

** Accrocher l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) sur la feuille de soins.

080 200 7200 / 080 203 3333 - الهاتف - 2186 - الدار البيضاء - المظنة - 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333 - Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. : 2186

CIM-10			
--------	--	--	--

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – dixième révision

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
Réf. : 610-2-06 : مرجع رقم

Emis à : CASABLANCA
Le : 17/05/2019

أصدر ب :
بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 154502333

رقم التسجيل

Règlements de la période

أداءات الفترة

du : 01/04/2019 : من
au : 30/04/2019 : إلى

Destinataire

المرسل إليه

EL MECHRAFI AZIZA

123 RES SEKKAT B RUE ABOU EL WAQT 3 EME
ETG APPT 9 20160 CASABLANCA-MAROC

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

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

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعويضة 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	Coef.	Quantité	Base de rembour- -sement	Taux de rembour- -ement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
EL MECHRAFI AZIZA											
57560828	06/03/2019	CS	MEDECIN SPECIALISTE	200,00	150,00	1.0	1,00	150,00	77,00	09/04/2019	115,50
57560828	06/03/2019	PH	PHARMACIE	177,50	177,50	1.0	1,00	177,50	77,00	09/04/2019	136,68
57560828	06/03/2019	PHN	PHARMACIE	20,00	20,00	1.0	1,00	20,00	0,00	09/04/2019	0,00
Total remboursé											252,18
Total général remboursé											252,18

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Pour plus d'informations :

merci de visiter notre site Web
ou le portail des assurés
ou l'application mobile
ou appeler notre serveur vocal au numéro
ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

www.cnss.ma
www.cnss.ma/Portail/

« Ma CNSS »

080 20 30 100

080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات:

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني

أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم

أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم

أو الاتصال بمركز الاتصال الوضمان على الأرقام

Abd. Ibrahim Hat San. ve Tic. A.Ş.
Sımsık Mah. Tunc Cad. No:3
Esenyurt / İstanbul / Turkey



6 118001 040674

b

botcu a.
B2, sile-on Çarşısı - Altı Eylül - Çankaya
S. Bismillah - Pharmacie Responsable

AMM N° 247/15 DMP/27/NNP

DoliGrippe®

8 SACHETS GRANULÉS



6 118000 041566

EFFIPRED®

20 Comprimés 20 mg



6 118000 031369

لـا بـو دـول
LAPTOPHAN
مـدار الـعـدـدات
الـمـدار الـلـمـدار الـلـمـدار
الـلـمـدار الـلـمـدار الـلـمـدار

مركز بئر أنزران لأمراض الأذن الأنف والحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك وتقويم الدوار والصمك والشخير
Centre Bir Anzarane d'O.R.L. et de Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale
Exploration des Vertiges et de la Surdité

Dr. Faouzi BELQADI

- CES D'ORL
- UNIVERSITE PARIS VII
- NEZ - GORGE - OREILLE
- Chirurgie Cervico - Maxillo - Faciale
- Vertige - Rontlement
- Médecin Fédéral de la FFESSM



الدكتور فوزي بلقاضي
 اختصاصي في أمراض الأذن الأنف
 والحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك
 وتقويم الدوار والصمك والشخير
 طبيب الجامعة الفرنسية للغطس
 والرياضات المائية

CASABLANCA LE

06/03/2019

Madame EL MECHRAFI Aziza

5840 EFFIPRED 20 mg

3 comprimés le matin dans un demi verre d'eau pendant 6 jours

29.50 DOLIGRIPPE

1 sachet 2 fois par jour pendant 5 jours

MSW RISONEL

1 pulvérisation dans chaque narine 2 fois par jour pendant 30 jours

F. BELQADI Faouzi
Spécialiste O.R.L.
 119, Bd. Bir Anzarane - Ma rif
 Tél.: 05 22 23 84 84 / 05 22 98 14 67
 Fax: 05 22 99 26 53