

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 1798	Signature de l'adhérent Signature de l'adhérent
Nom & Prénom <b>AOUAME NOSTAGA</b>			
Fonction : <b>RETRAITE</b>		Phones : <b>0662100580</b>	
Mail <b>Rahituel</b>			

<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient <b>EL NECHRAFI A KHA</b>		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	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

<b>PHARMACIE</b>	Date	Signature et cachet du Pharmacien
Montant de la facture		

<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date : .....	CACHET
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		

<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>				Date : .....	CACHET
Nombre				Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV		



0662100580

**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 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 إتباعها**

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مريض 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 المرسله 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 التعريفه 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.

<p>الضمان الاجتماعي +0800+ +0603+ CNSS</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p>	<p>Ref. : 610-1-03 مرجع رقم</p>
	<p>موافقة مسبقة * Entente préalable *</p>	<p>تنفيذ * Exécution *</p>	<p>Ref. : 610-1-03 مرجع رقم</p>	

N° Dossier :

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

Nom et prénom : **EL MECHRACI AZIZA** الاسم العائلي و الشخصي :

N° Immatriculation : **15450123131** رقم التسجيل :

N° CIN : **A\_1214331\_1\_1** رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) \* علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (ها) \*

Conjoint  زوج Enfant  ابن

Adresse : **18, Rue MOU EL WAST, Rés. SAKHAT B. 418, DOUAROUNE CASAB** العنوان :

Montant des frais : **392,50** Dhs. مبلغ المصاريف :

Nombre de pièces jointes : عدد الوثائق المرفقة :

**Déclaration du Médecin traitant** تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاج

Nom et prénom : **EL MECHRACI AZIZA** الاسم العائلي و الشخصي :

Date de naissance : **11/11/1981** تاريخ الميلاد :

N° CIN : **1111111111** رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe \* : **M**  ذكر **F**  أنثى الجنس \* :

INPE et code à barres \*\* الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر \*\*

Médecin traitant **091444481** Etablissement de soins

الطبيب المعالج المؤسسة العلاجية

**Type de soins** نوع العلاجات

Admission ALD \* : **Oui**  **Non**  قبول المرض المزمن \* :

N° dossier ALD : **1111111111** رقم ملف المرض المزمن :

Code ALD : **1111111111** رمز المرض المزمن :

Maladie\*  \*مرض Hospitalisation\*  \*استشفاء

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

Fait à : **Casablanca** أصبح بمصادقة ووضحة المعلومات المذكورة أعلاه

Le : **10/06/2013** ب : **LA SARLANCA**

Le : **10/06/2013** ني : **06 63 21 19**

Toutefois, je déclare que les informations ci-dessus sont sincères et véritables. أصحب بمصادقة ووضحة المعلومات المذكورة أعلاه

Le : **10/06/2013** توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins 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) sur la feuille de soins.  
080 200 7200 / 080 203 3333 - الهاتف - المظنة - 2186 - الدار البيضاء - ب. ب. 2186 - Cas Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333 - Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. : 2186

<p>توقيع و طابع 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>Date de dépôt du dossier : _____ تاريخ الإيداع :</p>	<p>Date d'arrivée : _____ تاريخ الاستلام :</p>





البيان الدوري لتعويضات التأمين  
الصحي الإجباري

Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين  
الصحي الإجباري

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

Emis à : CASABLANCA : أصدر ب  
Le : 17/05/2019 : 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 استقدمتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريفية المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coef.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	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
<b>Total remboursé</b>				مجموع مبلغ التعويض							<b>252,18</b>
<b>Total général remboursé</b>				مبلغ التعويض الاجمالي							<b>252,18</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](http://www.cnss.ma)  
[www.cnss.ma/Portail/](http://www.cnss.ma/Portail/)

« Ma CNSS »

080 20 30 100

080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات:

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

Abel Incehim San. ve Tic. A.Ş.  
Seyhan Mah. Tuncel Cad. No:3  
Esenyurt / İstanbul / Turkey



**b**

boctu a.  
B2, alle on Çarşıms "Abel Incehim" Çarşısı  
S. Bismillah - Pharmacia S.p.A. / Boctu

AMM N° Z47/15 DMP/21/ANP

**DolicGrippe**

8 SACHETS GRANULÉS



6 118000 041566

**EFFIPRED®**

20 Comprimés 20 mg



6 118000 031369

لـمـنـوـال  
LAPORHAB  
مـنـوـال  
المـنـوـال  
المـنـوـال

مركز بئر أنزران لأمراض الأذن والأنف 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 - Ronflement
- Médecin Fédéral de la FFESSM



الدكتور فوزي بلقاضي  
إختصاصي 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

20,00  
DOLIGRIPPE

1 sachet 2 fois par jour pendant 5 jours

RISONEL

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

MSW  
SV

PHARMACIE LAHJAJMA  
Dr. BELQADI Faouzi  
Spécialiste O.R.L.  
119, Bd. Bir Anzarane - Ma rif  
Tél.: 05 22 23 84 84 / 05 22 98 14 67