

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient													
				Coefficient des travaux												
				Montant des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D 00000000	35533411	00000000	11433553		Montant des soins
	H		G													
	25533412	00000000	21433552	00000000												
D 00000000	35533411	00000000	11433553													
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis													
			Fin d'exécution													
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution														

09221



P 17 / 0064093

DATE DE DEPOT
/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 09221		
Nom & Prénom		TALBY RIAD		
Fonction	RETRAITE	Phones	0661 2023 14	
Mail		rtalby56@gmail.com		
MEDECIN	Prénom du patient GARNOUSSI NEZHA			
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 30/03/75 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 medecin	
PHARMACIE	Date		Signature et cachet du Pharmacien	
Montant de la facture				
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		CACHET	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	CACHET	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM		IV

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de Soins Maladie

موافقة مسبقة *
Entente préalable *

تنفيذ *
Exécution *

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie
Obligatoire

مرجع رقم 610-1-02

REGANAM : 1.2.01.01

I° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : GARNOUSSI NEZHA : الاسم العائلي والشخصي

N° Immatriculation : 161613131616 : رقم التسجيل

N° CIN : 4729001 : 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 : RES. LAN RTEE JADIDANE 233 CASABLANCA : العنوان

Montant des frais : 3074 - Dhs : مبلغ المصاريف

Nombre de pièces jointes : 03 : عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant : تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : GARNOUSSI NEZHA : الاسم العائلي والشخصي

Date de naissance : 301031975 : تاريخ الازدياد

N° CIN : 4729001 : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe : M ☐ ذكر F ☒ أنثى : الجنس

NPE et code à barres ** : الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفّر

Médecin traitant

الطبيب المعالج

Etablissement de soins

المؤسسة العلاجية

Type de soins*

نوع العلاجات*

Hospitalisation ☐ استشفاء Maternité ☐ أمومة Accident ☐ حادثة Maladie ☐ مرض

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

Fait à : 101042019 : ب :
Le : 101042019 : في

توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré(e)


Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : 05-MARS-2019 : ب :
Le : 05-MARS-2019 : 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 : أنشط الخانة المناسبة
- ** 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 دكاك - 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

 الصندوق الاجتماعي CNSS	البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري Relevé périodique des prestations AMO		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-2-06
	Emis à : CASABLANCA Le : 11/06/2019	أصدر ب : بتاريخ :	Page 1 / 1 الصفحة
N° d'immatriculation 166313166 Règlements de la période du : 01/05/2019 : من au : 31/05/2019 : إلى	رقم التسجيل أداءات الفترة	Destinataire GARNOUSSI NEZHA RESD RAM RTE EL JADIDA N° 233 16002 20390 CASABLANCA-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 استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنو 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	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
GARNOUSSI NEZHA											
55334263	05/03/2019	CS	MEDECIN SPECIALISTE	250,00	150,00	1.0	1,00	150,00	70,00	14/05/2019	105,00
55334263	05/03/2019	MON	MEDECIN SPECIALISTE	1500,00	225,00	1.0	1,00	225,00	70,00	14/05/2019	157,50
55334263	05/03/2019	VER	MEDECIN SPECIALISTE	1500,00	225,00	1.0	1,00	225,00	70,00	14/05/2019	157,50
Total remboursé											420,00
Total général remboursé											420,00

- 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 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

Dr Mouhssine D'KHISSY

Ophtalmologiste

Professeur - Assistant au CHU Ibn Rochd
Attestation de formation spécialisée approfondie

Université de Nantes

Maladie et chirurgie des yeux

ECHOGRAPHIE - Angiographie - Laser



الدكتور الدخيسي محسن

طب العيون

أستاذ مساعد بمستشفى ابن رشد

الدار البيضاء

أمراض وجراحة العيون

Casablanca, le 07/03/2014

N° Garmoussi Nejha

74.00

D. Garmoussi Nejha

74.3 / 74.3

10m

PHARMACIE MIMOSAS
LAKHIMIRI
400, Bd. Brahim Roudani, 2e Etage
CASABLANCA
Tél: 022.25.48.88 / Fax: 022.25.70.88

Dr Mouhssine D'KHISSY
Ophtalmologiste
400, Bd Brahim Roudani, 2e Etage
Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88
CASABLANCA

TAK@PTIC

FACTURE

N°000 165

T.P : 35875919

R.C : 377549

I.F : 20785640

I.C.E : 001883454000059

I.N.P.E : 095014494

Le : 10/04/2014

M : Garmoussi Nejha

Tél. :

MONTANT

OD	(-0.75 a 3.0) PL	1000ml
OG	-0.50	1000ml
Type de Verre	Cinzal 1.56	1000ml
Monture	Opti'fine	1000ml
TOTAL		3000ml

TAK@PTIC
Opticien & Optométriste

73-75 Bd. Bir Anzarrane (Ex-Inwi) Angle Rue Bussang Maârif Extension - Casablanc

Fixe : 0522.25.67.04

400, Bd Brahim Roudani - Casablanca - Tél : 0522.25.48.88 / 0522.25.70.88

0522.25.70.88 / 0522.25.48.88 : الهاتف - الدار البيضاء - شارع ابراهيم الروداني - 400

Dr Mouhssine D'KHISSY

Ophtalmologiste

Professeur - Assistant au CHU Ibn Rochd
Attestation de formation spécialisée approfondie
Université de Nantes
Maladie et chirurgie des yeux
ECHOGRAPHIE - Angiographie - Laser



الدكتور الدخيسي محسن

طب العيون

أستاذ مساعد بمستشفى ابن رشد
الدار البيضاء
أمراض وجراحة العيون

Casablanca, le 03/03/2014

Mr. Garroussi Negha

Reçue pour VL (Marteau)

OD = (-0.75) 0 30

OB = -0.5

Var nyct / Actif / 11 Blocs

TAKOPIC
Opticien & Optométriste
400, Bd. Brahim Roudani (Boulevard) 2e Etage
Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88

Dr Mouhssine D'KHISSY
Ophtalmologiste
400, Bd Brahim Roudani, 2e Etage
Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88
CASABLANCA

400, Bd Brahim Roudani - Casablanca - Tél : 0522.25.48.88 / 0522.25.70.88
400, شارع ابراهيم الروداني - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.25.70.88 / 0522.25.48.88

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	الذمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
05/03/15	24,00	<p>Pharmacie MIMOSI Hind LAMHIMIRI Docteur en Pharmacie 400, Route d'El Jadida CASABLANCA Tél: 022.98.66.97-Fax: 022.98.24.76</p>
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

