

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



46046

**Déclaration de Maladie : N° P19- 0000081**

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

**Cadre réservé à l'adhérent [e]**

Matricule : 11059 Société : RAY  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Babalacheen Ma Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : 0666599600 Total des frais engagés : 4272,90 Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04 OCT. 2020  
Nom et prénom du malade :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Lusa Le : 05 / 11 / 20  
Signature de l'adhérent(e) :

## Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.  
Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.  
La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.  
L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.  
En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.  
Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Biologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.  
Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.  
Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.  
La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.  
La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 83 de ladite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie)

Information

PAYE

NON PAYE 1

Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
 2	-	02/11/2020	Virement	-	4 272,90	1 589,68	243,38	1 833,06
 1	-	19/10/2020	Virement	-	200,00	48,40	12,10	60,50
 3	-	14/10/2020	Virement	-	2 975,20	1 641,34	194,39	1 835,73
 2	-	31/03/2020	Virement	-	3 084,40	1 603,31	326,73	1 930,04
 1	-	25/03/2020	Virement	-	100,00	64,00	3,00	67,00
 1	-	18/02/2020	Virement	-	800,00	548,00	84,00	632,00



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, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle 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.

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 CNOPS 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، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

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

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعااضدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمسااطر القانونية.

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

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعااضدية

Identification de l'agent

Date de dépôt du dossier



ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة  
Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

التأمين الإجباري عن العرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
Réf ANAM 1.1.02.01 مرجع رقم

N° Bordereau

N° Dossier

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : BEKARI Hammame  
N° Affiliation : 224740  
N° Immatriculation : 9326142865  
N° CIN : D16026991  
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\* :  
Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن  
Adresse : Rue 66 n° 100 AZHART 1 casbi  
Montant des frais (Dhs) : 567,1  
Nombre de pièces jointes : 01

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins  
Nom et prénom : BEKARI Hammame  
Date de naissance : 10/10/95  
N° CIN : D16026991  
Sexe\* : M ☐ ذكر ☒ F أنثى  
المستفيد من العلاجات  
الاسم العائلي و الشخصي :  
تاريخ الازدياد :  
رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
الجنس\* :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP :  
Type de soins :  
Admission ALD\* :  
N° dossier ALD\* :  
Code ALD :  
Soins ambulatoires\* ☐ علاجات خارجية\* Pli confidentiel remis\* : Oui ☐ Non ☐  
Hospitalisation\* ☐ استشفاء\* Date d'hospitalisation :  
تم تقديم الظرف المغلق :  
تاريخ الاستشفاء :  
قبول المرض المزمن :  
رقم ملف المرض المزمن :  
رقم المرض المزمن :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.  
Fait à :  
le :  
Signature de l'assuré (e)  
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
Fait à :  
le :  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins  
أصبح بمصادقية وأصحة المعلومات المذكورة أعلاه.  
أعني :  
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

\* INP : Identification Nationale du Praticien  
\* Cocher la mention utile pour chaque case

\* أشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع متعا كلتا بيع هذا السطوع

10.09.20





# CLINIQUE CASABLANCA AIN BORJA



090062894

CASABLANCA

Facture N° 09244/20					
<b>A. Identification</b> N° Dossier : CAB20H31090649      N° Identifiant : 022390/20 <b>Nom &amp; Prénom : Mme BEKARI HANANE</b> C.I.N : D602699 Adresse : OULFA CASA			<b>C. Débiteur</b> Organisme : Payant  N° d'affiliation : N° d'immatriculation : N° Prise en charge : <b>D. Période d'Hospitalisation</b> Date Entrée : 31-08-2020 Date Sortie : 31-08-2020		
<b>B. Assuré</b> Lien avec l'assuré : Lui même Nom prénom : BEKARI HANANE			Médecin traitant : DR. SABIR MOSTAPHA      Traitement : COLONOSCOPIE		
Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef
INTERVENTION					
1	COLONOSCOPIE		2 420,00		
					Total Rubrique :
PARTIE CLINIQUE :					
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :					
Arrêté la présente facture à la somme de :				TOTAL GENERAL	
DEUX MILLE QUATRE CENT VINGT DIRHAMS					

Cac

*Clinique Ain Borja*  
25, Boulevard Ifni Ain Borja  
CASABLANCA  
Tel: 05 22 41 63 63 Fax: 05 22 41 11 11

Clinique  
CASABLANCA AÏN BORJA  
Multidisciplinaire



مصحة  
الدار البيضاء عين برجة  
متعددة الاختصاصات

Casablanca, le

27 08 2020

Boxabri Hanaou

Dr. Le Boul  
recompte

pr

Colonoscopy

Dr. SABIR Mustapha  
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE  
26 Avenue D'Ass Lahrizi  
Tél : 05 22 41 63 63 - Fax : 05 22 24 66 24

Adresse : 25, Boulevard Ifni (en face de Lydec) Aïn Borja - Casablanca  
Tél. : 05 22 41 63 63 - Fax : 05 22 24 66 24 - E-mail : contact@cliniquecasablancaainborja.ma  
Site web : www.cliniquecasablancaainborja.ma

dh AKDITAL  
Acteur de Santé

مصحة  
الدار البيضاء عين برجة  
متعددة الاختصاصات

Casablanca, le 27 08 2020

BOOKARI HANAN

# Compte Rendu de Microscopie

Bruce reparation Colique  
Bryson Jm'a l'angle Colique short  
Bruce l'au inflammatoire diffuse  
Acy Space se unguent fait de sifuride  
Jm'a l'angle Colique jaune  
le traverser et de unguent mormole.  
le retour et mormole  
Bryson du Colique  
Colique jaune

En la mi      Certe enjoin de plus grande  
Briem facts RCT?

Hépatite - Gastro - Entérologie  
26, Av Driss Lakrissi - CASABLANCA  
Tél: 05 22 22 90 64 / 65

**CLINIQUE CASABLANCA AIN BORJA****BULLETIN D'ENTREE / SORTIE****N° DE DOSSIER** CAB20H31090649**NOM DU PATIENT** Mme BEKARI HANANE**MÉDECIN TRAITANT** SABIR MOSTAPHA**PRISE EN CHARGE** PAYANT CNOPS**DATE D'ENTREE** 31/08/2020**DATE DE SORTIE** 31/08/2020**MODE DE SORTIE**

*Clinique Ain Borja*  
25, Boulevard Ilni Ain Borja  
CASABLANCA  
Tel: 05 22 41 63 63



**Dr Soufia AZZOUZI**

Médecin Anatomo-Cytopathologiste  
Ancien Professeur de l'Enseignement  
Supérieur du CHU de Casablanca  
D.U Dermatopathologie Université Paris XII



**CABINET DE PATHOLOGIE OUM RABII**  
عيادة تشريح الخلايا والأنسجة أم الربيع

Date de réception : 31/08/2020  
Date de réponse : 04/09/2020  
Sexe : F  
Age : 45 ans

N° d'examen : H20083194  
Nom et Prénom : Mme HANANE BEKARI  
Médecin traitant : Dr M. SABIR

Nature du prélèvement : BIOPSIES COLIQUES.  
Renseignements cliniques : Colite congestive diffuse du colon gauche.

### COMPTE RENDU ANATOMO PATHOLOGIQUE

4 fragments biopsiques de 5mm et 3mm.

4 fragments biopsiques d'une muqueuse colique examinée sur des plans de coupe semi-sériés.  
L'examen histologique montre une muqueuse colique d'architecture conservée. Le revêtement épithélial est bien différencié. Le chorion muqueux est oedémato-congestif.

Les glandes sont régulières.

**CONCLUSION : Aspect histopathologique d'une colite exsudative sans spécificité.**

Dr Soufia AZZOUZI

*Dr AZZOUZI Soufia*  
Cabinet de Pathologie OUM RABII  
102, Bd Oum Rabii - RDC B1  
Rés. Selma - Hay Hassani - Casablanca  
Tél: 0522 93 88 66 - Fax: 0522 93 87 52  
ICE: 001806698000066 - INPF: 091024570



Laboratoire de pathologie ★ Pathology Center

Dr. Meryem Cherkaoui

Diplômée de l'Université Claude Bernard de Lyon - France

Date : .....

21/08/2020

**Demande d'Examen anatomo - cytopathologique**

Nom & Prénom : .....

BEKRI Hanan

Age : .....

19/11

Examen demandé par le Dr. ....

Filini

Nature du prélèvement : .....

Renseignements cliniques / antécédents : .....

Colite cœlystique diffuse des  
colon jéjunales  
Cett ?

DR ALLOUZI Soufiane  
Cabinet de pathologie  
59, Bd Rahal El Meskini 3<sup>e</sup> étage  
Casablanca  
Tél : 05 22 54 01 93 Fax : 05 22 44 78 02  
Email : patholab6@hotmail.fr

MOSL  
Enetrol  
CASABLANCA  
Tél : 05 22 22 80 64 / 65

59, Bd Rahal El Meskini 3<sup>e</sup> étage Casablanca  
Tél : 05 22 54 01 93 Fax : 05 22 44 78 02  
Email : patholab6@hotmail.fr

**Dr AZZOUZI SOUFIA**

Médecin Anatomo-Cytopathologiste  
Ancien Professeur de l'Enseignement  
Supérieur du CHU de Casablanca  
D.U Dermatopathologie Université Paris XII



**CABINET DE PATHOLOGIE OUM RABII**

عيادة تشريح الخلايا والأنسجة أم الربيع

Casablanca le 31/08/2020

Nom et prénom : **HANANE BEKARI**

Date de réception : 31/08/2020

## Facture N° 20/08236

Nature du prélèvement	Cotation	Prix total	Marge	Net payé
BIOPSIE COLIQUE	P409	450,00Dhs		450,00Dhs

Arrêtée la présence facture à la somme de quatre cent cinquante Dirhams

**Dr Soufia AZZOUZI**  
Cabinet de Pathologie  
102, Bd Oum Rabii, RDC B1  
Rés. Selma - Hay Hassani - Casablanca  
Tél: 0522 93 88 66 - Fax: 0522 93 87 52  
ICE: 001806698000066 - INPE: 091024570

102, Bvd Oum Rabii Résidence Selma-RDC-B1-Hay hassani. Casablanca-20220.

Tél :0522 93 88 66 -Fax :05 22 93 87 52 E-mail :cpor102@gmail.com

IF :40399984 - ICE 001806698000066 -Taxe professionnelle :35091342

CNSS :8775077 - INPE :091024570 - Patente N°35091342



# Docteur Mustapha SABIR

Spécialiste des Maladies de l'Appareil digestif  
Ancien Médecin attaché au CHU de Toulouse  
Membre de la Société Française d'Endoscopie digestive  
ENDOSCOPIE - ECHOGRAPHIE - PROCTOLOGIE



## الدكتور مصطفى صبير

طبيب اختصاصي في امراض الجهاز الهضمي  
خريج كلية الطب بتولوز  
طبيب ملحق سابقا بالمركز الجامعي بتولوز

Casablanca, le 05 09 2020 في الدار البيضاء،

BEKAR: Hanae

58.40 = Effipred 20

3cp / matin

293.00

Sclavine

2cp x 37

Tibeeel

48.60 x 2

1cp x 27  
Prosthis

59.00 x 2

1cp x 27  
ActiCarbine

66.90 5

1cp x 37  
Anh's LA

40.00 x 26

1cp x 37  
Fisheal's

142.20 7

DR. SABIR Mustapha  
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE  
26, Avenue Driss Lahrizi  
Tél: 05 22 22 90 64 / 65  
Zakaria Sabir  
Casablanca - Tél: 05 22 22 90 64 / 65

26, شارع إدريس الحريزي - الدار البيضاء 20 000 - الهاتف : 05 22 22 90 64 / 65  
26, Av Driss Lahrizi - Casablanca 20 000 - Tél : 05 22 22 90 64 / 65

Email : mostaphasabir@gmail.com

**EFFIRRED®**

20 comprimés effervescents 20 mg



6 118000 031369

**EFFIPRED 20 mg**

PPV 58DH40  
EXP 11/2022  
LOT 90021 3

فحص منشط

ACTICARENE 70 MG Comp. (84)  
PPV 46 90 DH SOTHEMA



6 118001 070015

قرص مغلف أيضا

3400934312908  
LOT: AJC111  
EXP: 12/2024

PPV: 293,00 DH

**SALCROZINE FAES® 500 mg**  
Mésalazine

100 comprimés gastro-résistants



6 118001 220571

BATCH/LOT 3768  
EXP/PER 10-2023

10 comprimés pelliculés



6 118000 280231

LOT: 20055 PER: 03/2025  
PPV: 48,50 DH

**liberal® 500 mg**

10 comprimés pelliculés



6 118000 280231

LOT: 20055 PER: 03/2025  
PPV: 48,50 DH

LOT 200284 1  
EXP 02 2022  
PPV 40.00

**Anti-**  
Mébévérin



Anti-Spa® 200 mg  
30 comprimés pelliculés  
AMM N° 65617DM/21NRQ  
6 118000 021780

maphar  
23 ans  
FORTTRANS SAC B4  
P.P.V.: 142,20 DH  
6118001181209

LOT: P19500  
Exp: 08/2022

**Probiotbioti**

Saccharomyces boulardii  
Poudre Orosoluble

charomyces boulardii  
udre Orosoluble

LOT: 200003  
DLUO: 04/2023  
59,00DH

LOT: 200194  
DLUO: 07/2023  
59,00DH



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, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle 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.

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 CNOPS 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، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

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

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى المتعاضدة التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

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

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع المتعاضدة

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : .....



# ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

## Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
Réf ANAM 1.1.02.01 مرجع رقم

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

## Partie réservée à l'assuré(e)

## خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : BEKART Hannane : الاسم العائلي والشخصي :  
N° Affiliation : 99147410 : رقم الانضراط :  
N° Immatriculation : 913264218165 : رقم التسجيل :  
N° CIN : D161026991 : رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\* : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له :  
Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن  
Adresse : Rue 66 n° 100 AZHART 1 Casablanca : العنوان :  
Montant des frais (Dhs) : 3705,5 : مبلغ المصاريف (درهم) :  
Nombre de pièces jointes : ..... : عدد الوثائق المرفقة :

## Déclaration du médecin traitant

## تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات  
Nom et prénom : BEKART Hannane : الاسم العائلي والشخصي :  
Date de naissance : 11/01/1975 : تاريخ الميلاد :  
N° CIN : D161026991 : رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
Sexe\* : M ☐ ذكر ☐ F ☐ أنثى : الجنس\* :

## Identification du médecin traitant

## تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 99147410 : الرقم الوطني للاستدلال للممارس :  
Type de soins : 25, Boulevard de la Liberté CASABLANCA : نوع العلاجات :  
Admission ALD\* : Oui ☐ Oui ☐ Non : قبول المرض المزمن :  
N° dossier ALD\* : 3110210210 : رقم ملف المرض المزمن :  
Code ALD : 3110210210 : رقم المرض المزمن :

Soins ambulatoires\* ☐ \*علاجات خارجية : Pli confidentiel remis\* : Oui ☐ Oui ☐ Non : تم تقديم الظرف المغلق :  
Hospitalisation\* ☐ \*استشفاء : Date d'hospitalisation : ..... : تاريخ الاستشفاء :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه .  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.  
Fait à : Casablanca :  
le : 31/10/2020 :  
Tوقيع المؤمن له (لها)  
Signature de l'assuré (e)  
أصرح بمصادقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه .  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
Fait à : Casablanca :  
le : 31/10/2020 :  
Tوقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Cachet et Signature du médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

- INP : Identification Nationale du Praticien  
\* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

تبيع مطلقا كل ما يبيع هذا المطبوع



## description des actes effectués

## وصف العمليات المجراة

## Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

## عمليات التحليلات الأحيائية والأشعة والتصوير

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
31-08-2020	Vente N° 9944/20			2420,00	

CIM - 10

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
31/08/20		P409		450	

INP : 09102475

INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

## Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الشن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
05/09/20	835,50	

INP : 09181051788

INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

## Actes Paramédicaux

## عمليات المساعدة الطبية

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical

INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]