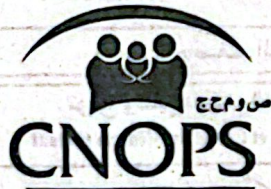


0653 793053



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf. ANAM 1.1.01.01 مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré (e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : أ. عتيق فهد : الاسم العائلي والشخصي

N° Affiliation : 1466817 : رقم الإنخراط

N° Immatriculation : 19311A1112191711 : رقم التسجيل

N° CIN : 11C161161512 : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré (e)* : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له

Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن
 Adresse : أم. أظهر تجزئة الزمراء الرقم 5 بني ملال : العنوان

Montant des frais (Dhs) : 2364.00 : مبلغ المصاريف (درهم)

Nombre de pièces jointes : 05 : عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : RALHO OUAÏIC : الاسم العائلي والشخصي

Date de naissance : تاريخ الإزدياد

N° CIN : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe* : M ☐ ذكر F ☐ أنثى : الجنس

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : الرقم الوطني الاستدلالي للممارس

Type de soins : نوع العلاجات

Maladie* ☐ مرض * Pli confidentiel remis: ☒ Oui ☐ Non : تم تقديم الظرف المغلقMaternité* ☐ أمومة * Date de grossesse : تاريخ الحمل

Date prévue d'accouchement : التاريخ المرتقب للولادة

Hospitalisation* ☐ استشفاء * Date d'hospitalisation : تاريخ الإستشفاء

Date d'accident : تاريخ الحادث

Accident* ☐ حادث * Causes : أسباب الحادث

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

Fait à : Rabat : حرر بـ

le : 10/2/1019/210216 : في

توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : Rabat : حرر بـ

le : 11/2/18/210216 : في

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

* أنشطت الخانة

وصف العمليات المجراة

[illegible]

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

[illegible]

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies- dixième révision

Actes de Biologie, Radiographie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة والصور

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معمل العمليات Lettre ci+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأنفحة أو الإحيتي Signature et Cachet du Radiologie ou Biologiste
INP : [][][][][][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][][][][][]					

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

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 : [][][][][][][][][]					

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

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).

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

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

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

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

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

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.

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.

Le remboursement des frais engagés sera effectuée sur la base de la tarification nationale de référence.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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.

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

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الإحتياط الإجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ماسبق ذكره.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعااضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :

Rabat le 17/03/2026

Unité de Vaccination
Centre de Virologie, Maladies
Infectieuses et Tropicales
H.M.I.M.V - Rabat

ORDONNANCE

394.00 x 6 = 2364.00

FAHD Oufik

Nom et prénom du patient :

1. **Malanil comprimé** (Atovaquone
250mg/Proguanil chlorhydrate 100mg)

- 1 cp la veille du départ
- 1 cp/jour pendant le séjour à la même heure pendant 03 mois.

2. **Répulsif Anti-Moustique Corporel**

- A appliquer sur les parties découvertes
- Evitez les muqueuses, les yeux et les plaies
- respectez les délais recommandés par le fabricant entre les applications

Dr. AHMED ZANANE
Pharmacie ZANANE
414 Bvd Med V Beni Mellal
Tel 05 23 42 16 97
INPE 122058007

6 118001 142064
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 394,00 DH

ID:659261
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 394,00 DH
6 118001 142064

ID:659261
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 394,00 DH
6 118001 142064

ID:660288
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 394,00 DH
6 118001 142064

ID:660288
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 394,00 DH
6 118001 142064

ID:659261
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 394,00 DH
6 118001 142064