

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

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.

Radiologie 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

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

La 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 Angie 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-786638

ND
155364

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8763 Société : Ram

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NAIT BRAHIM EL MOSTAFA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661218711 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age :

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 : Casablanca Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | INP : <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXCUSES DESTINÉES AUX PHARMACIENS

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MÉDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canauxaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|------------------|--|--|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 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 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 مرض ولكل 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 والوثائق 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 التعريفية 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 والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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

| | |
|--|---|
| توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence | خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO |
| Identification de l'agent : | |
| Date de dépôt du dossier: 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 تاريخ الإيداع: 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 | Date d'arrivée: 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 تاريخ الاستلام: 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 |

| | | | | |
|---|--|------------------------------|---|--|
| <p>الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger</p> | <p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</p> <p>Feuille de Soins Maladie</p> | | <p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> | <p>Réf. - 610-1-02 مرجع رقم 12.01.01</p> |
| | <p>موافقة مسبقة Entente préalable *</p> | <p>تنفيذ Exécution *</p> | | |

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : CADEL ASMA الاسم العائلي والشخصي :

N° Immatriculation : 1361963148 رقم التسجيل :

N° CIN : 13691119 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 : Casablanca, 5 rue Tamasleg 3 étage, Résidence EL BACHIR 1, Quartier des hôpitaux. العنوان :

Montant des frais : 800 درهم مبلغ المصاريف : 800

Nombre de pièces jointes : 3 عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : تاريخ الميلاد :

N° CIN : رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe : M ☐ ذكر F ☐ أنثى الجنس :

INPE et code à barres ** الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر **

1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

Médecin traitant الطبيب المعالج

Etablissement de soins المؤسسة العلاجية

Type de soins* نوع العلاجات *

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

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

Fait à : ب: Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Le : 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 في: Le : 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 في:

توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)

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
** 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 الجديدة - الهاتف: 080 203 3333
CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP: 2186 Casa Gare Téléphone: 080 203 3333



ICE : 001526686000016

CASABLANCA : Le,
30/12/2022**Locamed**

Facture

Santé 6822-119153

MATÉRIEL MÉDICAL

DEPOT CASA PV

Agent commercial : FATIMA.TAOUSI

Mode de règlement :

TPE 800

ICE Client :

INP Client :

N° Client : C22-0062912

MME FADEL ASMA

0668610910

| N° | Code TVA | Description | Quantité | P.U.TTC | Remise | P.U. Net .TTC | Montant TTC |
|----------|----------|---|----------|---------|--------|---------------|-------------|
| U83032C1 | TVA20 | ATTELLE ARTICULEE MONTEE SUR CHAUSSURE LIGASTEP ROM WALKER COURT TS | 1 | 800,00 | | 800,000004 | 800,000004 |

| Code | Base | Taux | Montant |
|-------|--------|------|---------|
| TVA20 | 666,67 | 20 % | 133,33 |
| Total | 666,67 | | 133,33 |

Total HT 666,67
Total TVA 133,33
Total TTC 800,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de TTC :

**** HUIT CENTS dirhams

Call Center 05 37 63 27 28 / 05 22 86 22 22 - info@locamed.ma - www.locamed.ma

LOCAMED SERVICE S.A.R.L AU CAPITAL 17.800.000 DHS - C.N.S.S : 2445642 - R.C. : 30269 - Patente : 25103476 - I.F. : 3315150

Siège Social : 11, rue Mamounia (ex CTM) - Rabat Siège Administratif : Angle Av. Med VI et Av. El Haouz - Rabat - Maroc

Tél : 05 37 63 08 07 / 05 37 63 26 00 - Fax : 05 37 63 00 86 - ICE : 001526686000016 - info@locamed.ma - www.locamed.ma

CASABLANCA

Arjoun: 7, rue Lahcen Arjoun (face hôpital 20 Août, quartier des Hôpitaux).
Tél : 05 22 86 39 89 / 05 22 86 16 63 / 05 22 86 37 17
Ghandi: 60, Boulevard Ghandi, quartier Essalam Tél : 05 22 94 20 43 / 05 22 86 22 22
Goulmima: 627, rue Goulmima Casa-Anis (à proximité hôpital Myoussef) Tél : 05 22 20 20 96 / 05 22 20 21 04
Hôpitaux: 44, rue des hôpitaux Tél : 05 22 47 63 70 / 05 22 47 48 30
Sidi Maârouf: Bd. Abou Bakr El Kadiri, Quartier Sidi Maârouf, (à côté de la Préfecture Al Mostakbal)
Tél : 05 22 33 57 89

RABAT

Arribat Center : Av Nations-Unies, Al Abtal, Inaouin et Omar Ibn Al Khattab, Agdal. Tél : 05 37 68 13 12
Zaer : Angle Av. Mohamed VI et Av. El Haouz. Tél : 05 37 63 27 28 / 05 37 63 26 05
Mamounia : 11 rue Mamounia (ex CTM) centre ville Tél : 05 37 70 40 40 / 05 37 70 00 77

KÉNITRA Angle Avenue Ahmed Diori et Avenue Moulay Abderrahmane Tél : 05 37 36 74 29 / 05 37 37 74 75

MOHAMMEDIA Magasin N°4 immeuble B, place Mohammed V, résidence du Centre Mohammeda Tél : 05 23 31 71 84

MARRAKECH Avenue, Yaacoub et Mansour N°: 2 Résidence Ahlam Guéliz (près de centre Américain) Tél : 05 24 43 15 00 / 05 24 43 14 30

AGADIR Marjane Agadir, Avenue Mohammed V, Founty, Agadir Tél : 05 28 38 67 49

SAFI Marjane Safi, Fkih Abdesslam El Mestari / 05 24 62 31 69

BÈNI MELLAL Carrefour Market, Boulevard Omar Ibn Al Khattab / 05 23 42 00 30

FÈS Angle Av des FAR et rue Ahmed Chibhi (en face de central banque chaabi) Tél : 05 35 62 51 62 / 05 35 62 51 61

MEKNÈS 16, Avenue Amir Moulay Abdellah Manzeh, Meknes (à côté de Polyclinique Alaoui) Tél : 05 35 52 83 13

TANGER 6, résidence Saghina2, Av Sidi Mohamed Ben Abdellah Quartier Iberia. Tanger Tél : 05 39 33 55 40 / 05 39 37 23 67

MADOR Marjane Nador, route de Berkane commune Bouareg, Taouima / 05 36 38 33 99



Devis: DV21-20063

CASABLANCA Le, 15/07/2022

DEPOT CASA PV
Agent commercial : FATIMA.325

ICE CLIENT :
INP CLIENT :
N° CLIENT : C22-0062912
MME FADEL ASMA

0668610910

| Code Article | Code TVA | Désignation | Qté | P.U.TTC | Remise | P.U. Net .TTC | Montant TTC |
|--------------|----------|--|-----|---------|--------|---------------|-------------|
| U83032C1 | 20 | ATTELLE ARTICULEE MONTEE SUR CHAUSSURE LIGASTEP ROM WALKER COURT TS | 1 | 800.00 | 0 | 800.00 | 800.00 |

| Code | Base | Taux | Montant |
|--------------|--------|------|---------|
| TVA20 | 666.67 | 20 | 133.33 |
| Total | 666.67 | | 133.33 |

Total HT 666.67

Total TVA 133.33

Total TTC 800.00

Arrêtée le présent Devis à la somme de TTC :
HUIT CENTS DIRHAMS.

Call Center 05 37 63 27 28 / 05 22 86 22 22 - info@locamed.ma - www.locamed.ma

LOCAMED SERVICE S.A.R.L AU CAPITAL 17.800.000 DHS - C.N.S.S : 2445642 - R.C. : 30269 - Patente : 25103476 - I.F. : 3315150
Siège Social : 11, rue Mamounia (ex CTM) - Rabat Siège Administratif : Angle Av. Med VI et Av. El Haouz - Rabat - Maroc
Tél. : 05 37 63 08 07 / 05 37 63 26 00 - Fax : 05 37 63 00 861 - ICE : 001526686000016 - info@locamed.ma - www.locamed.ma

CASABLANCA

Arjoun: 7, rue Lahcen Arjoun (face hôpital 20 Août), quartier des Hôpitaux.

Tél. : 05 22 86 39 89 / 05 22 86 16 83 / 05 22 86 37 17

Ghandi: 60, Boulevard Ghandi, quartier Essalam Tél. : 05 22 94 20 43 / 05 22 86 22 22

Goulmima: 627, rue Goulmima Casa-Anfa (à proximité hôpital My Youssef) Tél. : 05 22 20 20 98 / 05 22 20 21 04

Hôpitaux: 46, rue des hôpitaux. Tél. : 05 22 47 63 70 / 05 22 47 48 30

RABAT

Arribat Center : Av. Nations-Unies, Al Abtal, Inaouin et Omar Ibn Al Khattab, Agdal. Tél. : 05 37 68 13 12

Zaer : Angle Av. Mohamed VI et Av. El Haouz. Tél. : 05 37 63 27 28 / 05 37 63 26 05

Mamounia : 11, rue Mamounia (ex CTM) centre ville Tél. : 05 37 70 40 40 / 05 37 70 00 77

MOHAMMEDIA Magasin N°4 immeuble B, place Mohammed V, résidence du Centre. Mohammedia Tél. : 05 23 31 71 84**MARRAKECH** Avenue, Yaacoub et Mansour N°: 2 Résidence Ahlam Guéliz (près de centre Américain) Tél. : 05 24 43 15 00 / 05 24 43 14 30**AGADIR** Marjane Agadir, Avenue Mohammed V, Founty, Agadir Tél. : 05 28 38 67 49**KÉNITRA** Angle Avenue Ahmed Diori et Avenue Moulay Abderrahmane Tél. : 05 37 36 74 28 / 05 37 37 74 75**FÈS** Angle Av. des FAR et rue Ahmed Chbihi (en face de central banque chaabli) Tél. : 05 35 62 51 62 / 05 35 62 51 61**MEKNÈS** 16, Avenue Amir Moulay Abdellah Manzeh, Meknes (à côté de Polyclinique Alaoui) Tél. : 05 35 52 83 13**TANGER** 6, résidence Saghinia2, Av. Sidi Mohamed Ben Abdellah Quartier Iberia. Tanger Tél. : 05 39 33 55 40 / 05 39 37 23 67

15/07/2022, 16:58

Dr Achraf HADANE
Chirurgien Traumatologue-Orthopédiste
Diplômé de la faculté de Médecine de Casablanca
Ancien interne au Centre Hospitalier de Valence
(Rhône-Alpes- France)

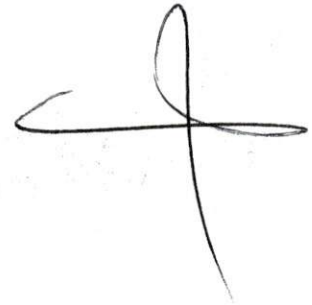
الدكتور أشرف حدان
أخصائي جراحة العظام و المفاصل
خريج كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
طبيب داخلي سابقا بالمركز الإستشفائي
فالانس . فرنسا

Casablanca le.....15-07-2022.....في الدار البيضاء

M^{me} FADEL ASMA

800,00
Velpéau WALKER

Dr. Achraf HADANE
Traumatologue Orthopédiste
403, Résidence Assafaa, Appt. 4
Bd. Qods - Casablanca
Tél.: 05 22 50 34 48



Bd, Al Qods, Lot Essakane El Anik. Rés. Assafaa, Imm.403 , Num 4 -Casablanca
شارع القدس ، تجزئة السكن الأنيق، إقامة الصفاء، عمارة 403، رقم 4، الدار البيضاء

Tél : 05 22 50 34 48 / 06 24 74 95 79 / hadaneachraf@yahoo.fr



الضمان الاجتماعي
tel: 021 40 40 40
CNS

Casablanca, le 06/12/2022 في الدار البيضاء،

Direction des Prestations AMO

مديرية تعويضات التأمين الإجباري عن المرض

MME FADEL ASMA

**5 Rue Mausolée 3 étage Residence El
Bachir 1 Quartier des hôpitaux
casablanca maroc,
20500 CASABLANCA**



رقم التسجيل :

Réf : N° d'immatriculation : 136196378

Utilisateur : R4857

الموضوع : قبول الموافقة المسبقة

Objet: Avis favorable de l'entente préalable

Madame, Monsieur,

En réponse à votre dossier d'entente préalable numéro
reçu, le 24/08/2022

94358950

سيدتي، سيدي
جوابا على ملفكم رقم
المتعلق بالموافقة المسبقة والذي وافيتمونا به
نطلعكم على موافقتنا بخصوص :

nous vous faisons part de notre accord pour :

| | |
|------------------------------------|-----------------------------|
| L'assuré | FADEL ASMA |
| Le bénéficiaire | FADEL ASMA |
| Le prescripteur | HADANE ACHRAF |
| La quantité | 1 |
| Le montant base de remboursement | 300 DH |
| La validité de l'entente préalable | du 24/08/2022 au 06/03/2023 |

المؤمن له
المستفيد
الطبيب الواصف
الكمية
المبلغ أساس التعويض
صلاحية الموافقة

Le présent accord vous est délivré, pour vous
permettre de bénéficier du remboursement des
frais engagés dans la limite de la quantité
indiquée ci-dessus, et en application de la
tarification nationale de référence.

هذه الموافقة سلمت لكم قصد الاستفادة من تعويض المبالغ
المصروفة، في حدود الكمية المحددة أعلاه وتطبيقا للتعرفة
الوطنية المرجعية.

Aussi nous vous signalons que le dépassement
du délai de validité de l'entente préalable sus
mentionné rend le présent accord sans effet.

كما نثير انتباهكم إلى أن عدم تلقي العلاجات داخل الآجال
المشار إليها أعلاه، يفقد هذه الموافقة صلاحيتها.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur,
l'expression de nos salutations distinguées.

وتفضلو سيدتي، سيدي، بقبول خالص تحياتنا.

قسم الموافقة المسبقة والتحمل

Division Accords Préalables & Prises en Charge



البيان الدوري لتعويضات التأمين
الصحي الإجباري

Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين
الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance
Maladie Obligatoire
Rég. 610.2.06

Emis à : CASABLANCA : أصدر ب :
Le : 10/03/2023 : بتاريخ :

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 136196378 رقم التسجيل
Règlements de la période : أداءات الفترة
du : 10/03/2023 : من
au : 10/03/2023 : إلى

المرسل إليه

FADEL ASMA

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 | التعريفة 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 rembour- sement | Taux de rembour- sement % | Date d'envoi du paiement | Montant remboursé |
| FADEL ASMA | | | | | | | | | | | |
| 88918455 | 30/12/2022 | FRMD | TRAUMATOLOGIE ORTHOPEDIE | 800,00 | 300,00 | 1,00 | 1,00 | 300,00 | 70,00 | 10/03/2023 | 210,00 |
| Total remboursé | | | | | | | | | | | 210,00 |
| Total général remboursé | | | | | | | | | | | 210,00 |

- 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 أو الضمان على الأرقام