

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 canalaires, 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 canalaires.

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 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



Déclaration de Maladie

M23-0015045

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2411 Société : 123282

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NEK MOUMINE Ouardia

Date de naissance : 1/

Adresse : 115 rue

Tél. : 0664016030 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/04/2023

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

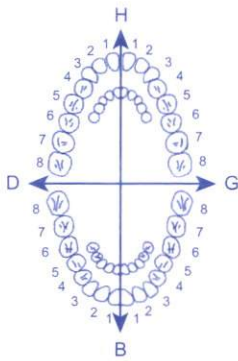
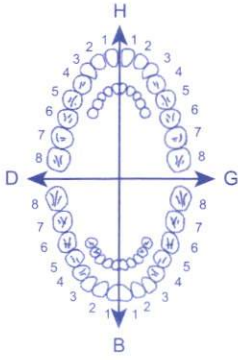
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 	

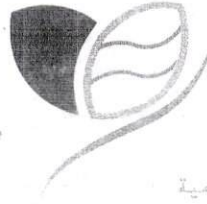
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Ghita MAMOU

Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie,
Maladies métaboliques et Nutrition

Diabète, Cholestérol, Obésité, Thyroïde, Goutte
Troubles de la croissance et de la puberté
Pathologies surrénaliennes et hypophysaires



الدكتورة غيثة مامو

أخصائية في أمراض الغدد و السكري
أمراض الأيض وطب التغذية

مرض السكري، الكولسترول، السمنة
الغدة الدرقية، اختلالات النمو، الغدة النخامية

Casablanca, le : 20/6/23

Nom : Dr ARRAS Noueddine

11200
Glucophage 1g 4x280

1 gpc 2/2 après repas

PHARMACIE RIHAB
EL MELIANI PASSI FIKRI
5, Rue Cadi Bakka - Casablanca
Tél: 05 22 25 46 85

Dr. Ghita MAMOU
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie, Maladies Métaboliques
Nutrition
Espace Roudani 230 Bd, Roudani 4ème Etage N° 19
Casablanca - Tél. : 05 22 23 70 71

ttt 3mois

فضاء الروداني. 230 شارع الروداني (طريق الجديدة سابقا) - الطابق الرابع - رقم 19 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 23 70 71
Espace Roudani. 230 Bd Roudani (ex Route d'El Jadida) - 4ème étage - N° 19 - Casablanca - Tél.: 05 22 23 70 71
GSM : 0678 93 68 96 - E-mail : mamoughita@gmail.com

Glucophage® 1000mg 
30 comprimés pelliculés



Glucophage® 1000mg 
30 Comprimés pelliculés




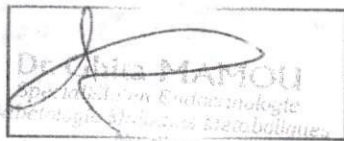
Glucophage® 1000mg 
30 Comprimés pelliculés



6 118000 081333



Glucophage® 1000mg 
30 Comprimés pelliculés



BILAN BIOLOGIQUE

Le : 13/6/2023

Nom/Prénom : ARAS Nouredine Age : Sexe : H ☐ F ☐

Hématologie

- ☐ NFS
- ☐ Plaquettes
- ☐ VS
- ☐ CRP
- ☐ Hémoculture + AntibioGramme

Bilan martial

- ☐ Fer sérique
- ☐ CTF
- ☐ Ferritine
- ☐ Transferrine

Hémostase

- ☐ Temps de prothrombine
- ☐ TCK
- ☐ Fibrinogène
- ☐ INR

Bilan glycémique

- ☒ Glycémie à jeun ☐
- ☒ HGPO 75 g
- ☒ Hémoglobine glyquée

Ionogramme sanguin

- ☐ Na⁺
- ☐ K⁺
- ☐ Cl⁻
- ☐ Ca⁺⁺
- ☐ Phosphore
- ☐ Mg⁺⁺
- ☐ Bicarbonates (HCO₃⁻)
- ☒ Urée
- ☒ Créatinine
- ☐ Acide urique

Examen des urines

- ☐ Protéinurie des 24h
- ☒ ECU + AntibioGramme
- ☒ Microalbuminurie des 24h
- ☐ Microalbuminurie sur échantillon d'urine du matin

Autres :

Fonction hépatique et enzymologie

- ☐ Amylasémie
- ☐ Bilirubine libre et conjuguée
- ☐ Phosphatases ACIDES
- ☐ Phosphatases Alcalines
- ☐ Lactate Déshydrogénase LDH
- ☐ Transaminases ASAT, ALAT
- ☐ Gamma-GT
- ☐ CPK (Créatine Phosphokinase)
- ☐ Troponine
- ☐ Electrophorèse des protéines EPP
- ☐ BNP

Sérologie et immunologie

- ☐ TPHA-VDRL
- ☐ Hépatite B
- ☐ Antigène Hbs
- ☐ Anticorps Anti-Hbs
- ☐ Anticorps Anti-Hbc
- ☐ Anticorps Anti-Hbe
- ☐ Hépatite C
- ☐ Anticorps Anti-HVC
- ☐ Sérologie Toxoplasmose
- ☐ Sérologie Rubéole
- ☐ Facteur Rhumatoïde (Latex, Waaler Rose)
- ☐ Anticorps anti-nucléaires
- ☐ Anticorps anti-DNA natif
- ☐ ASLO
- ☐ Dosage du complément
- ☐ Sérologie HIV

Exploration de la prostate

- ☐ PSA

Bilan lipidique

- ☐ Cholestérol total
- ☐ Cholestérol HDL
- ☐ Cholestérol LDL
- ☐ Triglycérides

Groupage sanguin

- ☐ ABO
- ☐ Rhésus
- ☐ RAI

Bilan thyroïdien

- ☐ T3L
- ☐ T4L
- ☐ TSH
- ☐ Ac Anti - TPO
- ☐ Ac Anti - TG
- ☐ TRAK

Bilan de la fonction rénale

- ☐ Créatinine
- ☐ Urée plasmatique

Exploration de la prostate

- ☒ PSA

Enzymes musculaires

- ☐ LDH
- ☐ CPK
- ☐ CPK-mb

Ionogramme urinaire

- ☐ Ca⁺⁺
- ☐ Phosphore
- ☐ Na⁺
- ☐ K⁺
- ☐ Cl⁻
- ☐ Urée
- ☐ Créatinine

Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale Bir Anzarane

117, Bd Bir Anzarane 20 100 Maarif Casablanca

Tél : 05 22 99 46 63/ 05 22 25 82 05 Fax : 05 22 98 09 11

ICE : 001748386000083

Patente : 35870583

IF : 01006693

CNSS : 7070999

Compte bancaire : BMCI Casa Normandie

RIB : 013 780 01802 000329 001 80 48

INPE :093001196

Casablanca le : 13-06-2023

Mr. Noureddine ARRAS

FACTURE N°	2306131017
------------	------------

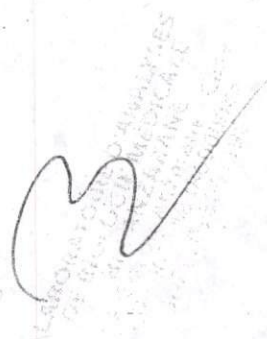
Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	—
PS	Prélèvement sang	E25	E
FLA	FLACON 2L	E20	E
0361	Marqueur Tumoral :Antigene prostatique spécifique : PSA	B300	B
	Microalbuminurie 24 h	B100	B
	Examen cyto bactério des urines	B150	B
0111	Créatinine	B30	—
0118	Glycémie	B30	—
0135	Urée	B30	B

Total de B : 580

TOTAL DOSSIER	822.20 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de : huit cent vingt-deux dirhams vingt centimes





Prescripteur : Dr GHITA MAMOU

Dossier ouvert le : 13-06-2023 08:09

Edité le : 14-06-2023

Réf : 2306131017

Mr. ARRAS Noureddine

Compte Rendu d'Analyse

Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 N°2 020/85901

Page 1 / 3

BIOCHIMIE SANGUINE

Roche Cobas 6000

Urée: 0.42 g/l (0.10-0.50)
(Soit:) 7.00 mmol/l (1.67-8.34)

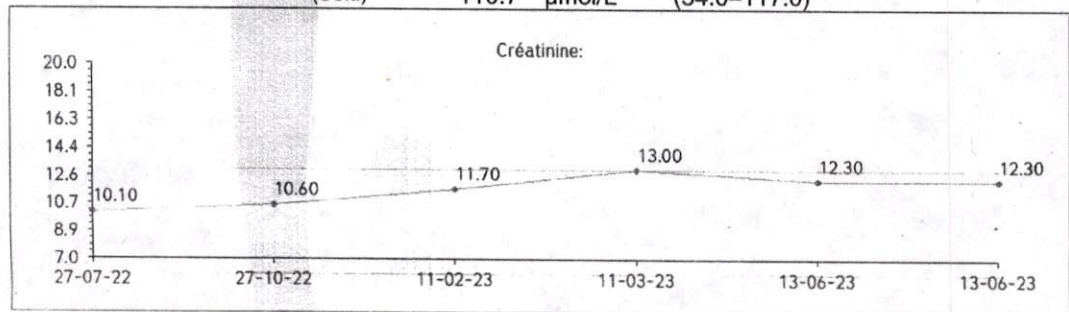
11-03-2023

0.48

Créatinine: 12.3 mg/l (6.0-13.0)
(Soit:) 110.7 μ mol/L (54.0-117.0)

13-06-2023

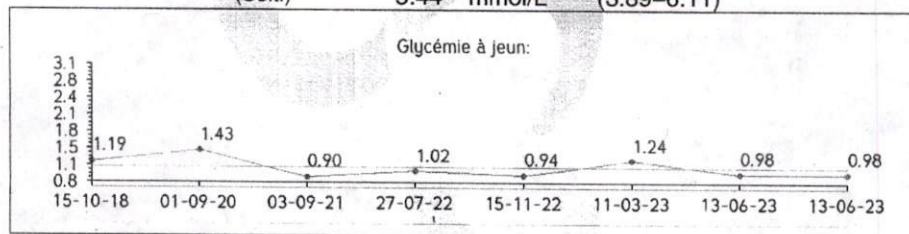
12.3



Glycémie à jeun: 0.98 g/L (0.70-1.10)
(Soit:) 5.44 mmol/L (3.89-6.11)

13-06-2023

0.98

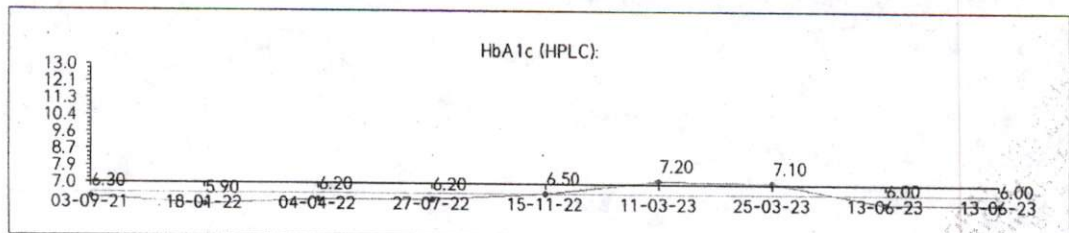


HbA1c (HPLC): 6.0 % (4.0-6.5)
(Arkray)
soit: 42 mmol/mol (20-48)

13-06-2023

6.0

42



Biologistes Responsables :

Dr. A. AZEDDOUG

Dr. N. BAAJ

Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 n°2020/85901

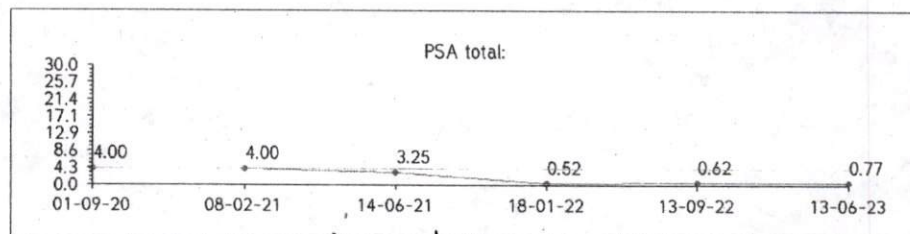
Dr. N. BAAJ
Pharmacien biologiste



MARQUEURS

PSA total: 0.77 ng/mL (<4.00)

13-09-2022
0.62



BIOCHIMIE URINAIRE

Sous réserve d'une bonne collecte des urines de 24H

Diurèse de 24h: 2 000 ml
Microalbuminurie 37.40 mg/l
(Immunoturbidimétrie)
Soit: 74.80 mg/24h (<30.00)

27-07-2022
1 500
80.10
120.15

Sous réserve d'une bonne collecte des urines de 24H

BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

EXAMEN MACROSCOPIQUE

Aspect : Légèrement trouble.

BIOCHIMIE PAR BANDELETTE

pH: 5.5
Glucose: Absence.
Proteines: Absence.
Corps Cétoniques: Absence.
Sang: Absence.

12-04-2023
5.5



EXAMEN MICROSCOPIQUE

Leucocytes :	130 / mm3	(0-10)	634
Hématies :	<5 / mm3	(0-5)	<5
Cellules épithéliales :	Quelques		
Cylindres :	Absence		
cristaux:	Absence		

EXAMEN BACTERIOLOGIQUE

Examen direct : Absence de germes
Culture : Négative.

Fin du compte rendu

Biologistes Responsables :
- Dr. A. AZEDDOUG
- Dr. N. BAAJ

Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 n°2020/85901

LABORATOIRE D'ANALYSES
DE BIOLOGIE MEDICALE
BIR ANZARANE
117, Bd. Bir Anzarane - Casa
Tél: 00174838600083
Fax: 093001196

Dr N. Baaj
Pharmacien/Biologiste

Dossier Validé par :

Description des actes effectués				وصف العمليات المجراة	
تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
13/06/23 20/06/23	10101		6	Dr. Ghita MAMOU Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie/Maladies Métaboliques Nutrition Espace Roudani 230 Bd. Roudani 4ème Etage N° 19 Casablanca - Tél. : 05 22 23 70 71	
INPE et code à Barres 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1					
INPE et code à Barres 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1					

CIM-10

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين	
تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'ates	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
INPE et code à Barres 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1						
INPE et code à Barres 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء، الأشعة و الصور	
تاريخ العمليات Dates 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	
13/06/23	B: S80 + m		822,20 M		
INPE et code à Barres 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1					
INPE et code à Barres 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة	
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الخصم المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseur des dispositifs médicaux		
20/06/23	112,00	PHARMACIE RIHAB 5, Rue Cadi Bakkar - FASSLEHRI Tél: 05 22 25 46 85		
INPE et code à Barres 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1				
INPE et code à Barres 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1				

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Pris Unitaire	Quantité	Prix Total

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 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 المرسلة 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 التعريفية الوطنية المرجعية

تعويض بعض الخدمات يظل رهنا بطلب الموافقة المسبقة

لأنه 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 للمساوير القانونية

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

توقيع و طابع 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:	Date d'arrivée:

0661454938

 <p>الضمان الاجتماعي MOROC CNSS La devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie</p> <p>موافقة مسبقة * Entente préalable *</p> <p>تنفيذ * Exécution *</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>مرجع رقم: Réf. 610.1.02</p> <p>Réf. ANAM 1.2.01.01</p>
---	--	---

N° Dossier :

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

Nom et prénom : ARRAS Noureddine الاسم العائلي و الشخصي

N° Inmatriculation : 117331531112 رقم التسجيل

N° CIN : 1113812116-1-1 رقم بطاقة التعريف الوطنية

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

Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن

Adresse : RES FATI7 ZAHRI ANJ6 OTAR EL KHAYAT RUS662 العنوان
ROSES HAY RAHM BOUSJOUR CHA64

Montant des frais (Dhs) : 1234.20 Dhs مبلغ المصاريف

Nombre de pièces jointes : 11 عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : ARRAS Noureddine الاسم العائلي و الشخصي

Date de naissance : 1111111111 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 الطبيب المعالج

Etablissement de soins المؤسسة العلاجية

Type de soins * نوع العلاجات

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

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

Fait à :

Le : 1111111111

Tوقيع المؤمن له
Signature de l'assuré (e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه

Fait à :

Le : 1111111111

Tوقيع و طابع الطبيب المعالج
Cachet et Signature du Médecin traitant

Dr. G. EL KHAYAT
Spécialiste Maladies Métaboliques
Diabétologie

طبيب العلة المتشعبة
Diabète - 05 22 23 20 11

المستفيد من الضمان الاجتماعي
Espace réservée à l'assuré(e)

080 203 3333 الهاتف 2186 بدار البيضاء المنطقة 080 203 3333
CNSS-Place de DAKAR-Casablanca BP: 2186 Casa Gare Téléphone 080 203 3333

000173353283



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 : 04/07/2023 : بتاريخ :

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 173353212 رقم التسجيل
Règlements de la période : من : 04/07/2023 : إلى : 04/07/2023
أداءات الفترة

Destinataire المرسل إليه
ARRAS NOUREDDINE

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 استقذتم 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	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
ARRAS NOUREDDINE											
130525492	13/06/2023	CG	ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	70,00	04/07/2023	0,00
130525492	13/06/2023	B	LABORATOIRES D'ANALYSES PHARMACIES D'OFFICINES	822,20	822,20	747,45	1,00	822,20	81,00	04/07/2023	665,98
130525492	13/06/2023	PH		112,00	0,00	1,00	4,00	0,00	0,00	04/07/2023	68,04
Total remboursé مجموع مبلغ التعويض											734,02
Total général remboursé مبلغ التعويض الاجمالي											734,02

- 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

دار المؤمن - ساحة دكار - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف: 0522 54 86 07 فاكس: 0522 54 86 73
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa-Gare - Téléphone : 0522 54 86 07 Fax : 0522 54 86 73