

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.



Déclaration de Maladie

M23-0021705

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3723 Société : 174561
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : LAHDIR Samad
Date de naissance :
Adresse : Residence Al Fajri - T.C - N°7
Al Youssef, BORD BOUSSE - CASA
Tél : 0697968546 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 :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- Réclamation : 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

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

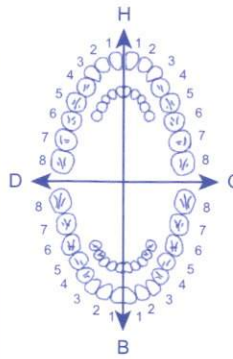
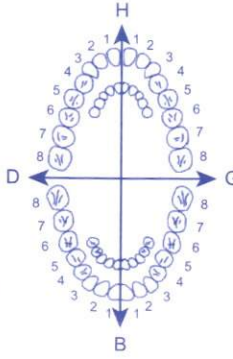
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT 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 COEFFICIENT 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;"> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <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 un 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 un 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 اتباعها

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 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 للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

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

<p>توقيع وطابع الوكالة</p> <p>Cachet et signature de l'Agence</p>	<p>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Réservé à la DAMO</p>
<p>Identification de l'agent :</p> <p>Date de dépôt du dossier : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>	<p>Date d'arrivée : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>

 <p>الضمان الاجتماعي MIECH - FACS CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</p> <p>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p> <p>موافقة مسبقة * Entente préalable *</p> <p>تنفيذ * Exécution *</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>مرجع رقم 630-1-03</p>	<p>12.02.01</p> <p>REF : ANAM</p>
<p>N° Dossier :</p>			
<p>Partie réservée à l'assuré(e)</p>			
<p>الإسم بالعربي له (لها) : LAABDIAH SAAD</p> <p>الإسم العائلي والشخصي : LAABDIAH SAAD</p> <p>رقم التسجيل : 28119519216</p> <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : 28119519216</p> <p>علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) * : ابن</p> <p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/></p> <p>العنوان : Rue Al Fajr - Im C N° 7 - AL Youssef</p> <p>Adresse : Hay Al Goud - BORD BOUST - CNSS</p> <p>Montant des frais : 793,50 Dhs.</p> <p>مبلغ المصاريف : 793,50 Dhs.</p> <p>عدد الوثائق المرفقة : 6</p> <p>Nombre de pièces jointes : 6</p>			
<p>تصريح الطبيب المعالج</p> <p>المستفيد من العلاجات</p> <p>الإسم العائلي والشخصي : LAABDIAH SAAD</p> <p>تاريخ الميلاد : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>الجنس : * أنثى <input checked="" type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p> <p>الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر ** : 10619928149</p> <p>INPE et code à barres ** : 10619928149</p> <p>Médecin traitant : المؤسسة العلاجية</p> <p>Etablissement de soins : المؤسسة العلاجية</p>			
<p>نوع العلاجات</p> <p>قبول المرض المزمع * : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>رقم ملف المرض المزمع : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>رمز المرض المزمع : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>Maladie * <input type="checkbox"/> مرض * <input type="checkbox"/> Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء * <input type="checkbox"/></p>			
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p> <p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p> <p>Fait à : ب : في : 28119519216</p> <p>Le : 28119519216</p> <p>توقيع المؤمن له</p> <p>Signature de l'assuré (e) : 28119519216</p> <p>أصبح بمصادقة وضحة المعلومات المذكورة أعلاه</p> <p>Fait à : ب : في : 28119519216</p> <p>Le : 28119519216</p> <p>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</p> <p>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>			

Description des actes effectués					وصف العمليات للمجراة
تاريخ العمليات Date 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	
26/04/23		Ce	15000		
INPE et code à Barres					
29/04/23		Cetr	60		
INPE et code à Barres					

CIM-10

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

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					عمليات الإحياء، الأشعة و الصور
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	
27/04/2023		B400	476,000		
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	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
26.4.23	167,5	
INPE et code à Barres		
092016237		
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



6 111261 640066

Macromax 500mg
Boîte de 3 comprimés



6 118000 091837

PPC : 79,50 DH

T112

02/2025

Respecter les doses prescrites
Ligne 1 (Tablneau A) - Indiquement sur ordonnance
Tous jours de la journée et de la nuit des enfants
à l'âge de 12 ans et plus (12 ans et plus)
Ligne 2 (Tablneau B) - Indiquement sur ordonnance



CODALGINE 500 mg/20 mg
Boîte de 10 comprimés
AAMA N° 37718 DMP/21/RD
6 118000 022503

- Echographie
- Suivi de grossesse
- ECG
- Suivi des maladies chroniques

- الفحص بالصدى
- متابعة الحمل
- تخطيط القلب
- متابعة الامراض المزمنة

Casablanca, le : 26/04/23

Laghdir Saad

63^{ans} 1/ Macrogol 1000
1cp 15 (pr 3 J)

29^{ans} 2/ curaleur 500
1cp x 3 J

25^{ans} 3/ codalgine 500 ka
sup 2 x 15

167.5

- Echographie
- Suivi de grossesse
- ECG
- Suivi des maladies chroniques

- الفحص بالصدى
- متابعة الحمل
- تخطيط القلب
- متابعة الأمراض المزمنة

Bilan Biologique

Casablanca, le : 21/04/23

Nom / Prénom : Sanael Laghdar Age :

Sexs : H ☐ F ☒

Hématologie

- ☒ NFS
- ☐ Plaquettes
- ☐ VS
- ☐ CRP
- ☐ Hémoculture

Bilan martial

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

Hémostase

- ☐ Temps de Prothrombine
- ☐ TCK
- ☐ Fibrinogène
- ☐ INR

Glucose

- ☒ Glycémie à jeûn
- ☐ Hyperglycémie par VO
- ☒ Hémoglobine glyquée

Ionogramme sanguin

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

Bilan lipidique

- ☒ Cholestérol total
- ☒ Cholestérol HDL
- ☒ Cholestérol LDL
- ☒ Triglycérides

Fonction hépatique et enzymologie

- ☐ Amylasémie
- ☐ Bilirubine libre et conjuguée
- ☐ Phosphatases acides
- ☐ Phosphatases alcalines
- ☐ Lactate Déshydrogénase LDH
- ☐ Transaminases ASAT, ALAT
- ☐ Gamma- GT
- ☐ 5' Nucleotidase
- ☐ CPK (Créatine phosphokinase)
- ☐ Troponine
- ☐ Electrophorèse des protéines EPP
- ☐ BNP

Ionogramme urinaire

- ☐ Ca++
- ☐ phosphore
- ☐ Na+
- ☐ K+
- ☐ Cl-
- ☐ Urée
- ☐ Créatinine

Examen des urines

- ☐ Protéinurie des 24h
- ☐ ECBU
- ☐ Antibiotogramme

Groupage sanguin

- ☐ ABO
- ☐ Rhésus
- ☐ RAI

Sérologie et immunologie

- ☐ VDRL - TPHA
- ☐ Hépatite B
 - ☐ Antigène Hbs
 - ☐ Anticorps Anti-Hbs
 - ☐ Anticorps Anti-Hbc
 - ☐ Anticorps Anti-Hbe
- ☐ Hépatite C
 - ☐ Anticorps Anti-HVC
- ☐ Sérologie toxoplasmose
- ☐ Sérologie Rubéole
- ☐ B-HCG Plasmatique
- ☐ Facteur Rhumatoïde : (Latex, Waaler Rose)
- ☐ Anticorps Anti-nucléaires
- ☐ Anticorps Anti-DNA natif
- ☐ ASLO
- ☐ Dosage du Complément

Autres :

Laboratoire BORJ EL BERNOUSSI d'Analyses Médicales

DOCTEUR Abdeladim TAKI IMRANI : Pharmacien Biologiste, Diplômé de l'Université libre de Bruxelles
BACTERIOLOGIE - BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE -
PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE - VIROLOGIE
612, Bd Souhaib Aroumi - Sidi EL Bernoussi - Casablanca - Tél : 0522 73 32 49 - Fax : 0522 75 79 84
ICE : 001626088000055 - R.C. CASA : 360178 - PATENTE : 316384432 - C.N.S.S : 2928309
I.Fiscal : 36000150 - INPE : 093000545

FACTURE N° : 230002956

INPE :



CASABLANCA le 27-04-2023

Mme LAGHDIR Souad

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E20	E
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B
0216	Numération formule	B80	B
	Cholestérol total	B30	B
	Glycémie à jeun	B30	B
	Cholestérol HDL	B50	B
	LDL Calculé	B50	B
	Triglycérides	B60	B

Total des B : 400

TOTAL DOSSIER : 476.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cent soixante-seize dirham .

Docteur A. TAKI IMRANI - Pharmacien Biologiste -
Bactériologie - Biologie Moléculaire - Biochimie - Hématologie



Certificat MA19/819942506



- Diplômé de l'Université Libre de Bruxelles -
Immunologie - Parasitologie - Mycologie - Virologie

Date du prélèvement : 27-04-2023 à 10:12
Code patient : 1910020014
Né(e) le : 31-01-1957 (66 ans)
Edité le : 27-04-2023



Mme LAGHDIR Souad
Dossier N° : **2304270013**
Prescripteur : Dr MOBSIT MARIAM

HEMATOCYTOLOGIE

(Yumizen H550 / Sysmex XS-1000i)

NUMERATION FORMULE SANGUINE

GLOBULES ROUGES (Erythrocytes)		5.50	M/mm ³	(4.20-5.55)	10-12-2021 5.53
Hémoglobine		11.2	g/dL	(12.0-16.0)	11.4
Hématocrite		31.5	%	(35.0-50.0)	34.5
VGM (Volume globulaire moyen)		57.3	fL	(80.0-100.0)	62.4
TCMH		20.4	pg	(27.0-32.0)	20.6
CCMH		35.0	g/100ml	(30.0-35.0)	33.0
GLOBULES BLANCS (Leucocytes)		5 940/mm ³		(4 000-10 000)	7650
Polynucléaires Neutrophiles	52.4%	Soit	3 113 /mm ³	(2 000-7 500)	5194
Polynucléaires Eosinophiles	2.5%	Soit	149/mm ³	(100-600)	54
Polynucléaires Basophiles	0.2%	Soit	12/mm ³	(0-100)	31
Lymphocytes	37.2%	Soit	2 210/mm ³	(1 500-4 500)	1859
Monocytes	7.7%	Soit	457/mm ³	(40-800)	513
PLAQUETTES		301 000	/mm ³	(150 000-400 000)	320 000

Validé par : **Dr Abdeladim TAKI IMRANI**



Docteur A. TAKI IMRANI - Pharmacien Biologiste -
Bactériologie - Biologie Moléculaire - Biochimie - Hématologie



- Diplômé de l'Université Libre de Bruxelles -
Immunologie - Parasitologie - Mycologie - Virologie

2304270013 - Mme Souad LAGHDIR

LDL-Cholestérol

(Calculé selon la formule de Friedwald)

0.94 g/L (<1.60)

2.43 mmol/L (<4.14)

Formule de Friedewald: Cholestérol LDL (en g/L) = Cholestérol total - HDL - [Triglycérides x 0.2]

Triglycérides (RC)

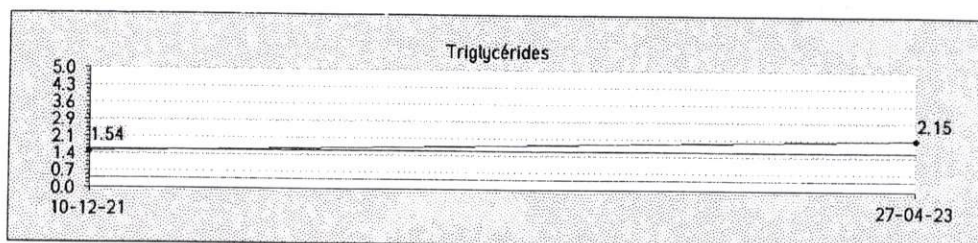
(Dosage enzymatique GPO)

2.15 g/L (0.40-1.60)

2.45 mmol/L (0.46-1.82)

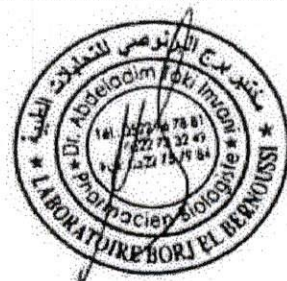
10-12-2021

1.54



(RC) : Résultat contrôlé

Validé par : **Dr Abdeladim TAKI IMRANI**



Docteur A. TAKI IMRANI - Pharmacien Biologiste -
Bactériologie - Biologie Moléculaire - Biochimie - Hématologie



- Diplômé de l'Université Libre de Bruxelles -
Immunologie - Parasitologie - Mycologie - Virologie

2304270013 - Mme Souad LAGHDIR

BIOCHIMIE SANGUINE
KONELAB 20(THERMO)/ HLC-723 GX (Tosoh)

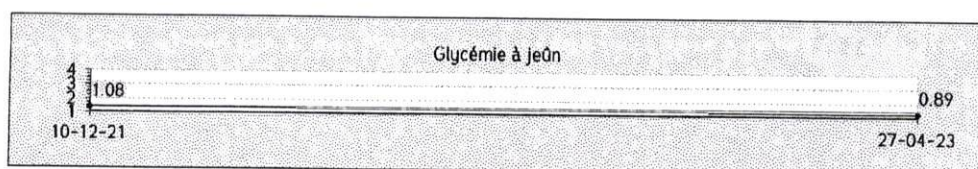
Glycémie à jeûn

(Technique enzymatique au glucose oxydase)

0.89 g/L (0.70-1.10)
4.94 mmol/L (3.89-6.11)

10-12-2021

1.08



Hémoglobine glyquée (HBA1c)

(HPLC -723 GX)

6.0 %

Interpretation:

- 4-6 Non diabétique
- 6-8 Métabolisme équilibré
- >8 Métabolisme non équilibré

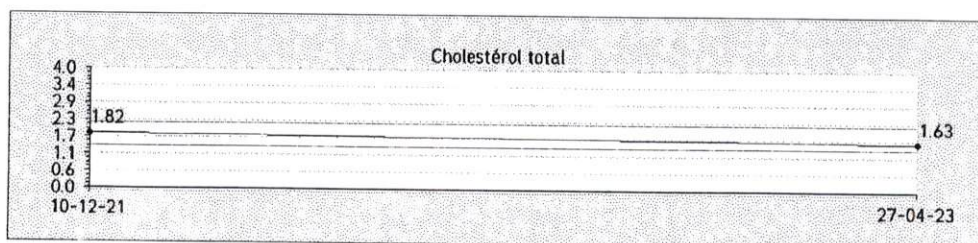
Cholestérol total

(Technique enzymatique colorimétrique au CHOD)

1.63 g/L (1.40-2.20)
4.21 mmol/L (3.61-5.68)

10-12-2021

1.82



HDL-Cholestérol (RC)

(Dosage enzymatique direct cholestérol oxydase/PEG)

0.26 g/L (>0.35)
0.67 mmol/L (>0.91)

Validé par : Dr Abdeladim TAKI IMRANI





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
Le : 08/06/2023

أصدر ب :
بتاريخ :

Page 1 / 1
لصفحة

N° d'immatriculation 192195926
Règlements de la période
du : 07/06/2023 : من
au : 07/06/2023 : إلى

رقم التسجيل
أداءات الفترة

Destinataire

BADREDDINE ABDELGHANI

LAGHDIR SOUAD

لمرسل إليه

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	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الإداء	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
LAGHDIR SOUAD											
77206310	26/04/2023	C	MEDECINE GENERALE	150,00	80,00	1,00	1,00	80,00	77,00	07/06/2023	61,60
77206310	26/04/2023	B	LABORATOIRES D	476,00	440,00	400,00	1,00	440,00	77,00	07/06/2023	338,80
77206310	26/04/2023	PH	ANALYSES PHARMACIES D OFFICINES	167,50	0,00	1,00	2,00	0,00	0,00	07/06/2023	48,51
Total remboursé											448,9
Total général remboursé											448,9

- 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

لمزيد 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