

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

17988

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	10597	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : NAOURI ABDELLAH DEJID			
Date de naissance : 04-05-1953			
Adresse : 48, RUE LAGANE LOT LAGAIDI BERRECHID			
Tél. 0678519383		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) : 



06 OCT 2013

RELEVE 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

RELEVE 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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

The diagram illustrates a dental arch (maxilla) with 28 numbered teeth arranged in four quadrants. The quadrants are labeled with letters: H (top), G (right), F (left), and D (bottom). Each tooth is marked with a symbol representing its function: upper teeth have a circle with a cross, lower teeth have a circle with a vertical line, and molars have a circle with a horizontal line. The teeth are numbered sequentially from 1 to 16 in the upper arch and 1 to 12 in the lower arch.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnance médicale, facture, ...).

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.

قدم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

جب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية
صفات طيبة، فوatisir، ...).

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

مثيرة. مجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشرطي للأدوية

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق
وطوني للضمان الاجتماعي في طرف شهرين من تاريخ
عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر، في هذه
الحالة يجب تقديم الملف في حدود شهرين(60 يوماً) من
نهاية العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية
مصححة.

عويس بعض الخدمات يطلب رهينا بطلب الموافقة
مسقط.

لأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية

ل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غب مستحقة سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

فق التغويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

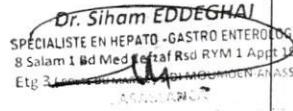
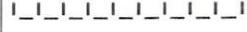
توقيع وطابع الوكالة
Cachet et signature de l'Agence

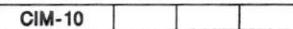
ماسن بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

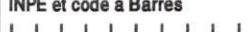
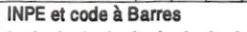
Identification de l'agent :

 الصندوق الاجتماعي للضمان الاجتماعي C N S S Le devoir de vous protéger	<h2>Feuille de Soins Maladie</h2>	Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *	مرجع رقم Réf. - 610-1-02

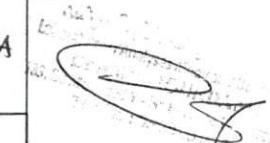
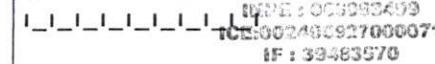
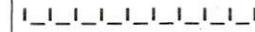
N° Dossier :		خاص بالمؤمن له (الها)	
Partie réservée à l'assuré(e)			
Nom et prénom : <u>ASMAA SAOUDI</u>		الاسم العائلي والشخصي :	
N° Immatriculation : <u>1993857101</u>		رقم التسجيل :	
N° CIN : <u>B E 54694</u>		رقم بطاقة التعريف الوطنية :	
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *		علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *	
Conjoint <input type="checkbox"/> نوح		Enfant <input type="checkbox"/> ابن	
Adresse : <u>48, RUE LA GARE Lot LAATIRI BERRECHID</u>		العنوان :	
Montant des frais : <u>1007,30</u> درهم		مبلغ المصارييف :	
Nombre de pièces jointes : <u>06</u>		عدد الوثائق المرفقة :	
Déclaration du médecin traitant			
Bénéficiaire de soins			
Nom et prénom : الاسناعي والشخصي :			
Date de naissance : تاریخ الازیداد :			
N° CIN: رقم بطاقة التعريف الوطنية :			
Sexe* : M ذکر F أنثى		الجنس* :	
INPE et code à barres **		الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفّر **	
مедيцин traitant الطبيب المعالج 		Etablissement de soins المؤسسة العلاجية 	
Type de soins*		نوع العلاجات*	
Hospitalisation <input type="checkbox"/> استئصال <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> أمومة <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> حادثة <input type="checkbox"/> Maladie <input checked="" type="checkbox"/> مرض <input type="checkbox"/>			
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.		أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه	
Fait à :		Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.	
Le : <u>.....</u>		Fait à : <u>.....</u>	
Le : <u>.....</u>		Le : <u>.....</u>	
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)		توقيع وظابط الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins	

Description des actes effectués			وصف العمليات المجرأة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
15/08/23		Cm	G	 <p>Dr. Siham EDDEGHAL SPECIALISTE EN HEPATO-GASTRO ENTEROLOGIE 8 Salam 1 Bd Med El Zaff Rsd RYM 1 Apt 10 Etg 31000 CASABLANCA MOUHOUEN ASSI ASSALAM</p>
INPE et code à Barres 				
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 المفوت 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 الأحياء، الأشعة والصور
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
16/08/23	B 670 + P		690,84		
INPE et code à Barres 					
INPE et code à Barres 					

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الشمن المفوت Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
15.08.2023	317,30	
INPE 062000591		
INPE et code à Barres 		
INPE et code à Barres 		

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

Dr. Siham EDDEGHAI
 SPECIALISTE EN HEPATO - GASTRO
 ENTEROLOGIE

Ancien Medecin des CHU Ibn Rochd à Casablanca
 et Mohamed VI à Marrakech

Endoscopie digestive
 Echographie abdominale
 Proctologie médicale et chirurgicale
 Membre de L'AEF
 et SNFGE



الدكتورة سهام الدغاي
 أخصائية في أمراض الجهاز الهضمي
 والكبد

طبيبة سابقة بالمستشفيات الجامعية ابن رشد بالدار البيضاء
 ومحمد السادس بمراكن

الفحص بالمنظار
 الفحص بالصدى الصوتي
 أمراض المخرج والمواسير
 عضو الجمعية الفرنسية
 للأمراض الجهاز الهضمي

Date : ١٥/٠٨/٢٣

Mme Smaïli Aymar -

- NFS & faecal -
 - Faecal quantitative Dr. Smaïli
 Am 10 gels pour nitro
 - urine oligo -
 - TG - Cet -
 - ASAT - AST

مختبر المخبرات البحري
 Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID
 Dr Ahlam IOURDANE
 183, Bd Mohamed V - N° 1 - Etage 1 - Berrechid
 Tel/Fax : 05 22 03 04 61

Dr. Siham EDDEGHAI
 SPECIALISTE EN HEPATO - GASTRO ENTEROLOGIE
 Salam 1 Bd Med Zefzaf Rsd RYM 1 Appt 19
 POSTE DU MAROC 1 Bd Moumen-Anassi
 CASABLANCA
 Tel: 05 22 75 19 19 / 07 00 19 34 57

8, salam 1, شارع محمد الزفزاف إقامة ريم 1، ش 19 إمبايق 3. (قرب بريد المغرب حي أناسي) - سيدى مومن - الدار البيضاء
 "المجمع الطبي أناسي"

8, salam 1 , Bd Med Zefzaf, Rsd RYM 1, Appt 19, Etg 3 (POSTE DU MAROC ANASSI) Sidi Moumen
 E-mail : dreddeghaicabinet@gmail.com - Tél : 05 22 75 19 19 / 07 00 19 34 57
 Complexe Médicale Anassi

MEZOR® 40mg

Esoméprazole (DCI)

14 gélules



6 118000 340324

14/02/2013 à 02/03/2015
22, Rue Mohamed V - BERRÈCHE
Dokter Kadi L. Zineb
Pharmacie 2600

Dr. Siham EDDEGHAI
 SPECIALISTE EN HEPATO - GASTRO
 ENTEROLOGIE

Ancien Medecin des CHU Ibn Rochd à Casablanca
 et Mohamed VI à Marrakech

Endoscopie digestive
 Echographie abdominale
 Proctologie médicale et chirurgicale
 Membre de L'AEF
 et SNFGE



الدكتورة سهام الدغاي
 أخصائية في أمراض الجهاز الهضمي
 والكبد

طبيبة سابقة بالمستشفيات الجامعية ابن رشد بالدار البيضاء

ومحمد السادس بمراڭش

الفحص بالمنظار

الفحص بالصدى الصوتي

أمراض المخرج والبواسير

عضو الجمعية الفرنسية

لأمراض الجهاز الهضمي

199,80

مع

Sandvi

Date : ٢٥/٠٨/٢٣

Atomas

99,50

①

Nour sucremy ١٤٦ لمنعة نفخ

٥٧

95,00

②



Pharmacie 200
 Docteur Kadiri L. Zineb
 22, bd Mohammed V - BERRECHID
 Tél: 022 53 36 05

317,30

Dr. Siham EDDEGHAI
 SPECIALISTE EN HEPATO - GASTRO ENTEROLOGIE
 Salam 1 Bd Med Zefzaf Rsd RYM 1 Appt 19
 POSTE DU MAROC / SIDI MOUÏEN ANASSI
 CASABLANCA 10100 / 022 53 34 57

8، السلام 1، شارع محمد الرزفان إقامة رقم 1، ش 19 الدار البيضاء (قرب بريد المغرب حي أناسي) - سيدى مومن - الدار البيضاء
 المجمع الطبي أناسي

8, salam 1 , Bd Med Zefzaf, Rsd RYM 1, Appt 19, Etg 3 (POSTE DU MAROC ANASSI) Sidi Moumen
 E-mail : dreddeghaicabinet@gmail.com - Tel : 05 22 75 19 19 / 07 00 19 34 57

Complexe Médicale Anassi



مختبر التحاليل الطبية برشيد
Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID

مختبر التحاليل الطبية برشيد Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID

Dr Ahlam IOURDANE

Médecin Biologiste

Lauréate de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca

Biochimie - Hematologie - Sérologie - Immunologie - Bactériologie - Virologie - Parasitologie - Mycologie

Date du prélèvement : 16-08-2023 à 09:08

Code patient : 20211013003

Né(e) le : 27-01-1960 (63 ans)

Mme SAOUDI Asmaa

Dossier N° : 20230816007

Prescripteur : Dr EDDEGHAI SIHAM



HEMATOCYTOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

(Sang total, cytométrie en flux, variation d'impédance)

Les valeurs de référence sont établies en fonction de l'âge et du sexe.

13-10-2021

GLOBULES ROUGES (Erythrocytes)					
Hémoglobine	4.31	M/ μ l	(3.80-5.90)		4.80
Hématocrite	11.8	g/dL	(11.5-17.5)		11.8
VGM (Volume globulaire moyen)	36.3	%	(34.0-53.0)		36.8
TCMH	84.4	fL	(76.0-96.0)		76.5
CCMH	27.5	pg	(24.0-34.0)		24.5
GLOBULES BLANCS (Leucocytes)	7 330/mm ³		(3 800-11 000)		6 780
1-Polynucléaires	62.3%	Soit	4 567/mm ³	(1 400-7 700)	4 027
Neutrophiles					
2-Polynucléaires	2.6%	Soit	191/mm ³	(20-580)	115
Eosinophiles					
3-Polynucléaires Basophiles	0.5%	Soit	37/mm ³	(0-110)	34
4-Lymphocytes	29.1%	Soit	2 133/mm ³	(1 000-4 800)	2 244
5-Monocytes	5.5%	Soit	403/mm ³	(150-1 000)	359
PLAQUETTES	295 000/mm ³		(150 000-445 000)		288 000
			(-)		

VPM

Commentaire sur l'hémogramme:

11 fL

(2-13)

Numération formule sanguine normale.

10

BIOCHIMIE SANGUINE

Aspect du sérum

Clair

Cholestérol total

(Dosage colorimétrique enzymatique)

1.53 g/L

3.95 mmol/L

(<2.00)

(<5.16)

1.60

الله يهدي
Dr Ahlam IOURDANE
Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID
183, Boulevard Mohamed V - N° 1 - 1er Etage - Berrechid - Tél / Fax : 05 22 03 04 61 - Email : labo.berrechid@gmail.com
I.F : 39483570 - Patente : 40701406 - ICE : 002400927000071
Page 1 / 3



مختبر التحاليل الطبية برشيد
Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID

مختبر التحاليل الطبية برشيد

Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID

Dr Ahlam IOURDANE

Médecin Biologiste

Lauréate de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca

Biochimie - Hematologie - Sérologie - Immunologie - Bactériologie - Virologie - Parasitologie - Mycologie

20230816007 – Mme Asmaa SAOUDI

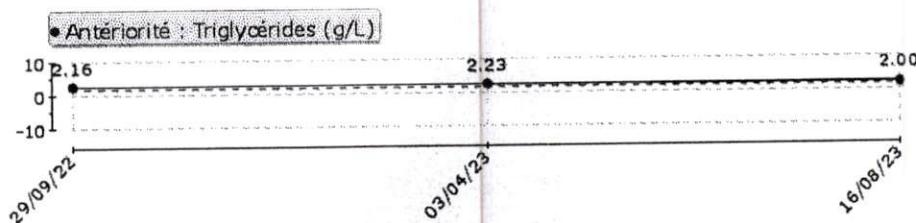
03-04-2023

Triglycérides
(Dosage colorimétrique enzymatique)

2.00 g/L
2.28 mmol/L

(<1.50)
(<1.71)

2.23



Transaminases GPT (ALAT)
(Technique cinétique (IFCC))

23.5 UI/L

(0.0–34.0)

20.6

Transaminases GOT (ASAT)
(Technique cinétique (IFCC))

18.1 UI/L

(0.0–31.0)

15.4

Conclusion: Transaminases normales.

03-04-2023

03-04-2023

Ferritine

(Technique Chimiluminescence)

Les résultats sont établis en fonction de l'âge et du sexe.

17.30 ng/mL

(20.00–250.00)

13.51

13-10-2021

مختبر التحاليل الطبية برشيد
Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID
Dr Ahlam IOURDANE
183, Bd Mohamed V - N° 1 - Etage 1 - Berrechid
Tél/Fax : 05 22 03 04 61



مختبر التحاليل الطبية برشيد
Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID

مختبر التحاليل الطبية برشيد

Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID

Dr Ahlam IOURDANE

Médecin Biologiste

Lauréate de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca

Biochimie - Hematologie - Sérologie - Immunologie - Bactériologie - Virologie - Parasitologie - Mycologie

20230816007 – Mme Asmaa SAOUDI

BACTERIOLOGIE-PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE-VIROLOGIE

DOSAGE DE SANG DANS LES SELLES

(Technique Immuno-Chromatographique quantitative)

Prélèvement effectué

A domicile

Dosage quantitatif

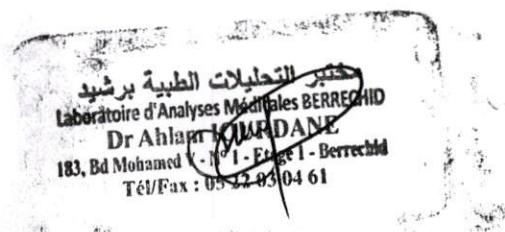
51.0 ng/mL d'Hb (<100.0)

(Technique immuno-chromatographique quantitative)

Interprétation :

< 100 ng/ml	Négatif
100 - 200 ng/ml	Faiblement positif
> 200 ng/ml	Positif

Validé par : Dr IOURDANE AHLAM





Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID
مختبر التحاليل الطبية برشيد

مختبر التحاليل الطبية برشيد Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID

Dr Ahlam IOURDANE

Médecin Biologiste

Lauréate de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca

Biochimie - Hematologie - Sérologie - Immunologie - Bactériologie - Virologie - Parasitologie - Mycologie

INPE :063063499

FACTURE N° : 1230800101

BERRECHID le 16-08-2023

Mme SAOUDI Asmaa

Récapitulatif des analyses			
Analyse	Coefficient	Clé	
Forfait traitement échantillon sanguin	20	E20	
Triglycérides	60	B60	
Numération formule	80	B80	
Transaminases P (TGP)	50	B50	
Transaminases O (TGO)	50	B50	
Ferritine	250	B250	
Cholestérol total	30	B30	
Recherche de sang dans les selles	150	B150	

Total des B : 670

TOTAL DOSSIER : 690.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : six cent quatre-vingt-dix dirhams .

Facture N° 1230800101
Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID
Dr Ahlam IOURDANE
N° 1 - Etage 1 - Berrechid
Tél / Fax : 05 22 03 04 61

INPE : 063063499
ICE:002400927000071
IF : 39483570



**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
مراجع رقم :

	Emis à : Le : N° d'immatriculation Règlements de la période du : 19/09/2023 au : 19/09/2023	CASABLANCA 19/09/2023 رقم التسجيل أداءات الفترة من : إلى	أصدر ب : بتاريخ : Destinataire SAOUDI ASMAA	Page 1 / 1 الصفحة المرسل إليه
--	--	--	--	-------------------------------------

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au cours de la période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استفدت منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العملية	مهنيو الصحة	مبلغ المصروف	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 remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
SAOUDI ASMAA											
136278448	15/08/2023	B	LABORATOIRES D ANALYSES PHARMACIES D OFFICINES	690,00	737,00	670,00	1,00	737,00	70,00	19/09/2023	483,00
136278448	15/08/2023	PH		317,30	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	19/09/2023	85,96
Total remboursé											568,96
Total général remboursé											568,96

- 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 التحويل بالمجيب الآلي على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام