

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 canalaire, 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 canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12732

Société : RAG

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

NEHALI STHMAN

Date de naissance :

29/04/1986

198961

Adresse :

Rue AL KARNA - INSTITUT DE LA SANTE - APPT 12

... Hay Riad - Rabat

Tél. : 06 68 22 364

Total des frais engagés : 16.27,7 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

REMBOURSEMENT
COMPLÉTÉ
SULFA SENNA

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Age:

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

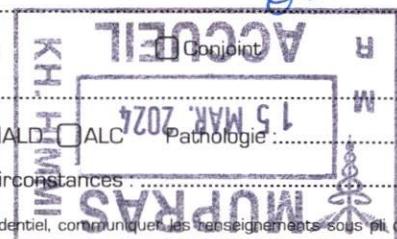
Nature de la maladie :

Pathologie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

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 : NABAT

Le : 13/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :

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

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	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



**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 : 610-2-06

	Emis à : Le :	CASABLANCA 01/03/2024	أصدر ب : بتاريخ :	Page 1 / 1	صفحة
N° d'immatriculation Règlements de la période	122204771 du : 01/03/2024 au : 01/03/2024	رقم التسجيل أداءات الفترة من : إلى	Destinataire SENNANI OULFA		المرسل 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 استفدت منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	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
SENNANI OULFA											
146575163	16/01/2024	PH	PHARMACIES D OFFICINES ENDOCRINLOGIE ET MALADIES LABORATOIRES D MÉTABOLIQUES ANALYSES	580,20	0,00	1,00	11,00	0,00	0,00	01/03/2024	364,14
146575163	16/01/2024	CS		300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	01/03/2024	105,00
146575163	16/01/2024	B		1727,50	1716,00	1560,00	1,00	1716,00	70,00	01/03/2024	1201,20
Total remboursé											1670,34
Total général remboursé											1670,34

- 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 بالمبوب الآلي على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de Soins Maladie

موافقة مسبقة
Entente Préable

تنفيذ
Exécution

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : 610-1-02

Ref : ANAMC12-01-01

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e) (هذا)

Nom et prénom : OLFA SENNANI الاسم العائلي والشخصي

N° Immatriculation : 11921014771 رقم التسجيل

N° de la carte d'Identité Nationale : BIA749665 رقم بطاقة التعريف الوطنية

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

Conjoint ذوج

Enfant ابن

Adresse : Secteur 3, lot n° 4 Résidence L'horizon
Appart 12 Rue Al Kordem - Hay Riad - Rabat العنوان

Montant des frais : 2607,7 Dhs. مبلغ المصروف

Nombre de pièces jointes : 4 عدد الوثائق المرفقة

تصريح الطبيب المعالج Declaration du Médecin traitant

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : Sennani olfa الاسم العائلي والشخصي

Date de naissance : 19/04/1981 تاريخ الإيداد

N° de la carte d'Identité Nationale : 11921049665 رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe* : M ذكر E أنثى الجنس *

Identification du Médecin traitant

N° INP : 11921049665 الرقم الوطني الإسنادي للممارس

Type de soins نوع العلاجات

Maladie* Pour les enfants de moins de 12 ans <input type="checkbox"/>	مرض: * للأطفال أقل من سن 12 <input type="checkbox"/>	Pli confidentiel remis*: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	تم تقديم الظرف المغلق: *
Maternité* <input type="checkbox"/>	أمومة: * <input type="checkbox"/>	Date de grossesse : <u>11/11/2014</u>	تاريخ الحمل:
Hospitalisation* <input type="checkbox"/>	استشفاء: * <input type="checkbox"/>	Date d'hospitalisation : <u>11/11/2014</u>	التاريخ المرتفب للولادة:
Accident* <input type="checkbox"/>	حادث: * <input type="checkbox"/>	Date d'accident : <u>11/11/2014</u>	تاريخ الحادث:
		Causes : <i>أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه</i>	أسباب الحادث: <i>أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه</i>

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : Rabat ب :

Fait à :

Le : 01/12/2014 في :

في :

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

Cachet et signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

* INP : Identification Nationale du Praticien

* Cocher la mention utile pour chaque case

* اشطب الخانة الصالحة

دار المؤمن - ساحة داكار - المار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف: 05 22 54 86 73 - المفعول على الانترنت: www.cnss.ma

Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa-Gare - Téléphone : 05 22 54 86 07 - Fax : 05 22 54 86 73 Web:www.cnss.ma

Description des actes effectués						وصف العمليات المجرأة
نوع العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet de Médecin traitant	
16/11/20	16/11/20	CF	CF	3000	Dr. [Signature] Specialist in Internal Medicine	

CIM-10

Actes Paramédicales						عمليات المساعدين الطبيين
نوع العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
INP : [REDACTED]						
INP : [REDACTED]						
INP : [REDACTED]						

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

مطبخ الإحساء الأنسنة والتصور

تاريخ المطبخات Date des actes	رمز المطبخات Code des actes	رقم المطبخات Lettre clé Cotation NGAP	رقم المطل Valeur clé	المبلغ المدحور Montant facturé	توقيع وطابع مطبخ الإحساء أو الإيجار Signature et Cachet du Radiologue ou Radiologue
18/01/24		81860		1111,60	LABORATOIRE LE CLARID Rue Annexe 1055, Souissi 78000 Tel.: 05 37 65 40 55 / 05 37 65 39 97 INP : 1030025980 Fax : 05 37 65 40 06 / 05 37 65 40 08
INP :					
INP :					
INP :					

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المفروضة

توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية
Signature et Cachet du Pharmacien et/ou
Fournisseurs des dispositifs médicaux

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المدحور Prix Facturé	Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
16.1.2024	580,80	CEI - INPE - 20129218000003 Central Mail Center Riad
INP : 103002598019		
INP :		
INP :		

16/11/24

Dr. V. DUTCHMAN
Spécialiste en Endocrinologie
Métabolisme
19, Rue Philippe le Bon B
B-1050 Bruxelles
Tél: 02 643 1333

Cher Dr D. Semenov
Mme Bonoraw

Grosso,

Endocrinologe.

#3000k

Dr. V. DUTCHMAN
Spécialiste en Endocrinologie
Métabolisme
19, Rue Philippe le Bon B
B-1050 Bruxelles
Tél: 02 643 1333

Dr Yassmina DOGHMI

Spécialiste en Endocrinologie et Maladies Métaboliques

Diabète Méteil et Hypothyroïdie fonctionnelle

Maladies de la croissance et de la puberté

Pathologies endocriniennes

Diabète et Métabolites Associés à l'obésité et à la malnutrition

Téléphone: 0524 13 38 56



Spécialiste en Endocrinologie et Maladies Métaboliques

Appel: 0524 13 38 56

د. يسمينة الدغمي

طبيبة كاتبة المطبخ المغربي

احصائية في أمراض الغدد الصماء وأمراض الأعصاب

السكري والمسنة المقيتة الأنصاف وأمراض الهرمونات

اضطرابات النمو والنوع

لاضطرابات والتغذية

احصائية في العدة المقيتة

جامعة - موسى

UEMC - موسى

16/1/24

7^{me} Sem nani ouffo

4 x 60 11 ferplex

5 x 60/00
1 chapeule x 21
540/00

3 x 13/00 4 lewlyma 50

1 p^o, le moli e juc

total du mois

580/00

Dr. Yassmina DOGHMI
Spécialiste en Endocrinologie et Maladies
Métaboliques

Ananas imm. B Appartement B4 secteur 10
Hay Riad-Rabat

05 37 56 31 57

19 Rue Ananas immeuble B Appartement B4 secteur 10 Hay Riad-Rabat



Dr. Yasmina DOGHMI

Spécialiste en Endocrinologie et Métabolisme
Centre de Santé Privé à Rabat Maroc
N° 19 Rue Ananas - Bâtiment B - Appartement B4 - Secteur 10
Hay Riad - Rabat - Maroc
Téléphone : 05 37 56 31 57 - Email : yasmina_doghmi1@yahoo.com

Dr. Yasmina DOGHMI
Spécialiste en Endocrinologie et Métabolisme
Centre de Santé Privé à Rabat Maroc
N° 19 Rue Ananas - Bâtiment B - Appartement B4 - Secteur 10
Hay Riad - Rabat - Maroc
Téléphone : 05 37 56 31 57 - Email : yasmina_doghmi1@yahoo.com

16/11/24

7^{me} Sennam ouffa

- NFS
- Fœtihneni
- ERO HMG + D
- TSHNG
- THL
- A contrôlé
- Glycémie à jeun

Dr. Yasmina DOGHMI
Spécialiste en Endocrinologie et Métabolisme
19, Rue Ananas, Immeuble B, Appartement B4, Secteur 10
Hay Riad - RABAT
INPE : 101204394

05 37 56 31 57

yasmina_doghmi1@yahoo.com

19 Rue Ananas immeuble B Apppartement B4 secteur 10 Hay Riad-Rabat



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LE CLARIDGE

مختبر التحاليل الطبية كلارidge

Dr. Benarfa Hussein

Biochimiste

Diplômé de l'Université de Louvain
Ancien Interne du CHU Saint-Luc Bruxelles

Rabat le mercredi 17 janvier 202 Madame SENNANI OULFA

CNSS

FACTURE N°	104548
------------	--------

Analyses :

Numération formule -----	B	80
Glycémie -----	B	30
Ferritine -----	B	250
25 Hydroxy vitamine D -----	B	450
Ac Anti - Thyroperoxydase -----	B	300
Thyreostimuline :TSH ultra sensible -----	B	250
T4 libre -----	B	200
		Total : B 1560

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5
-----------	----	-----

TOTAL DOSSIER	1 727,50 DH
---------------	-------------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Mille Sept Cent Vingt Sept Dirhams et Cinquante Centimes

LABORATOIRE LE CLARIDGE
Dr. BENARFA HUSSEIN
Rue Ahmed Balafrej Souissi - Rabat
Tél.: 05 37 65 40 08 - 05 37 65 39 97 - 05 37 65 87 66 - GSM : 06 61 89 78 47 / 06 66 89 67 49
Fax : 05 37 65 39 97
INP : 103002598
IF : 33345nbaen