

# 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

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

ND 20533

## Déclaration de Maladie : N° P19-0001114

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0489 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : MINA CHARFI Date de naissance : 1945  
Adresse : 12, Rue El yasmine Beauséjour  
Tél. : 0522360791 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 10/01/2020  
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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

## 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 اتباعها

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 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 غضون شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.


تعويض بعض الخدمات يظل رهنا 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 للمساوير القانونية.

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 الإقليمي Réservé à la DAMO
Identification de l'agent .....	Date d'arrivée: .....
Date de dépôt du dossier: .....	

 الضمان الاجتماعي CNSS	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée	مديرية التأمين الصحي الإقليمي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	REF: ANAM 1.20201
	مراقبة مسبقة* Entente préalable*	تنفيذ* Exécution*	مرجع رقم 610-1-03 Réf. : 610-1-03

N° Dossier :


Partie réservée à l'assuré(e)		خاص بالمؤمن له ( لها )
Nom et prénom : ZIANI MOHAMED	الاسم العائلي والشخصي :	
N° Immatriculation : 1181612141441	رقم التسجيل :	
N° CIN : B131613108121	رقم بطاقة التعريف الوطنية :	
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *		علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له ( لها ) *
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج		Enfant <input type="checkbox"/> ابن
Adresse : 13 AVE EL YASHINE BEAUFORT CASABLANCA		العنوان :
Montant des frais : 499,40 Dhs	مبلغ المصاريف :	
Nombre de pièces jointes : 2	عدد الوثائق المرفقة :	

Déclaration du médecin traitant		تصريح الطبيب المعالج
Bénéficiaire de soins		المستفيد من العلاجات
Nom et prénom : ZIANI MOHAMED	الاسم العائلي والشخصي :	
Date de naissance : 23/10/1943	تاريخ الميلاد :	
N° CIN : B131613108121	رقم بطاقة التعريف الوطنية :	
Sexe : M <input checked="" type="checkbox"/> ذكر F <input type="checkbox"/> أنثى	الجنس : *	
INPE et code à barres **		الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر **
Médecin traitant	091203851	Etablissement de soins
الطبيب المعالج		المؤسسة العلاجية

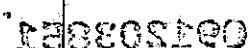
Type de soins	نوع العلاجات
Admission ALD* : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	قبول المرض المزمن* :
N° dossier ALD : .....	رقم ملف المرض المزمن :
Code ALD : .....	رمز المرض المزمن :
Maladie* <input type="checkbox"/> مرض	Hospitalisation* <input type="checkbox"/> استشفاء

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus. Fait à : CASABLANCA Le : 24/12/2019 توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : Casa Blanca Le : 24/12/2019 توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins
--	--

\* Getter la mention ci-dessus pour chaque cas  
\*\* Accepter l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code à barres.  
دار المؤمن - ساحة دكاو - الدار البيضاء من - ب 2186 - الهاتف 200 7200 / 080 203 3333 - الفاكس 200 7200 / 080 203 3333  
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca BP: 2186 Cas. Gue. Tél: 080 200 7200 / 080 203 3333

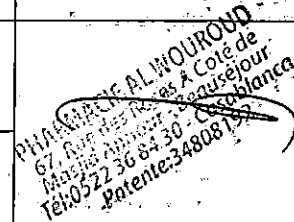
Description des actes effectués				وصف العمليات المجرأة	
تاريخ الصلوات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفقوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	
25/11/19		C5	250DH		
INPE et code à Barres					
4/12/13		Cont	G		
INPE et code à Barres					

CIM-10

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين	
تاريخ الصلوات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد الصلوات Nbre d'actes	المبلغ المفقوت 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 والصور	
تاريخ الصلوات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP/NABM	المبلغ المفقوت Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحياء Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

جورد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفقوت Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
28/11/19	385,70	
INPE et code à Barres		
INPE : 092009513		
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

المملكة المغربية  
ROYAUME DU MAROC



# Feuille des médicaments

Direction de l'Assurance  
Maladie Obligatoire

Code Agence:   

Partie réservée à l'assuré

N° d'immatriculation: 186011410

Nom prénom: LIANI HANANE

Bénéficiaire: MARI MARI

TEUGSM: 0634390991

Partie réservée aux codes à barre des médicaments

ZAMOX® Adulte  
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE  
1g/125mg  
16 SACHETS  
  
6 118000 041160

ZAMOX® Adulte  
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE  
1g/125mg  
16 SACHETS  
  
6 118000 041160

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 17,40 DH  
ID: 633975  
  
6 118000 181285

## 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 médicale 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 disponibles 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 مريض 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 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 غضون شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة لأنحة 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 للمسااطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ماسبق 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>0634398981</p> <p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</p> <p>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p> <p>الضمان الاجتماعي CNSS</p> <p>مواصفة مسبقة * Entente préalable *</p> <p>تنفيذ * Exécution *</p> <p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>مرجع رقم 610-1-03</p>	<p>N° Dossier: / /</p> <p>Partie réservée à l'assuré(e)</p> <p>الاسم العائلي والشخصي: ZIANI MOHAMED</p> <p>رقم التسجيل: / /</p> <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية: B3613082</p> <p>علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *</p> <p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/></p> <p>العنوان: 12 Rue EL YASSINE BEAUSSEUR CASABLANCA</p> <p>مبلغ المصاريف: درهم 34.40 Dhs.</p> <p>عدد الوثائق المرفقة: 1</p> <p>Declaracion du Médecin traitant</p> <p>المستفيد من العلاجات</p> <p>الاسم العائلي والشخصي: ZIANI MOHAMED</p> <p>تاريخ الميلاد: 23/12/1943</p> <p>رقم بطاقة التعريف الوطنية: B3613082</p> <p>الجنس: * M <input checked="" type="checkbox"/> ذكر F <input type="checkbox"/> أنثى</p> <p>الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر **</p> <p>INPE et code à barres **</p> <p>091203851</p> <p>Medecin traitant</p> <p>المؤسسة العلاجية</p> <p>Etablissement de soins</p> <p>نوع العلاجات</p> <p>قبول المرض المزمن: * <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>رقم ملف المرض المزمن: / /</p> <p>رمز المرض المزمن: / /</p> <p>استفتاء * Hospitalisation * <input type="checkbox"/></p> <p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus</p> <p>Fait à: / /</p> <p>Le: / /</p> <p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p> <p>Fait à: / /</p> <p>Le: / /</p> <p>Dr. Hajar AMAROUCH</p> <p>Cachet et signature du médecin traitant</p> <p>235, Rés. Alfanal B3 - 2° Etage</p> <p>Appt. 6 Blvd. Yaakoub Atmansour</p> <p>39 94 86</p>
---	--

Description des actes effectués				وصف العمليات المجرأة	
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	
24/12/19		CS	250014	<b>Dr. Hajjeh AMAROUCH</b> <b>Dermatologue - Vénérologue</b> 235, Rés. Alfanal B3 - 2 <sup>e</sup> Etage Appl. 6 Blvd. Yaakoub Almansour Beauséjour Casablanca Tél : 05 22 39 94 86	
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 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 والصور	
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	
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة	
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		
24/12/19	336,40	<b>PHARMASIE AL WOUJDA</b> 1405000000 1405000000 1405000000 1405000000		
INPE et code à Barres				
INPE : 092009513				
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



Spécialiste des maladies  
de peau, cheveux et ongles.

إخصائية أمراض الجلد  
و الشعر والأظافر

- Ancien médecin au CHU Bensançon
- Diplôme médecine esthétique - Lasers
- Membre de l'Académie Américaine de médecine esthétique

- طبيبة سابقة بمستشفى بيزونسون
- دبلوم الطب التجميلي والليزر
- عضو في الأكاديمية الأمريكية لطب التجميل

Zone Pharmed 25/11/19

M6 x 2

S.V.

1/ Zone 1st

1 pers x 4 1/2 pelt

29 - 8

2/ Solistein S.V.

PHARMACIE AL WOUROUD  
67 Rue des Roses A Coté de  
Moussineur - Beausejour  
Tél: 0522 39 94 86  
Patente: 34008192

4730  
31

1 pers x 2 1/2

S.V.

S.P.

Detadine fille

1 pers x 2 1/2

235 Résidence Al anfal B3 Appt 6 2ème étage Bvd Yacoub Al mansour,  
Beausejour, Casablanca ( au dessus de centre commercial al anfal)

+212 522 39 94 86

hajar.amarouch@gmail.com

(17/40)  
4

Demande de

(S.V)

Jeppin de la  
Cubie du thobet

385,70

PHARMACIE AL WOUROUD  
67, Rue de la République, A Cote de  
Moussy, 3684, Moussy  
Téléphone: 34808192

Dr.  
Derm.  
A. W. W.

PHARMACIE AL WOUROUD  
67, Rue de la République, A Cote de  
Moussy, 3684, Moussy  
Téléphone: 34808192





Spécialiste des maladies  
de peau, cheveux et ongles.

إخصائية أمراض الجلد  
و الشعر والأظافر

- Ancien médecin au CHU Bensaçon
- Diplôme médecine esthétique - Lasers
- Diplôme de dermatologie pédiatrique  
CHU de Nice - France

- طبيبة سابقة بمستشفى بيزونسون
- دبلوم الطب التجميلي والليزر
- دبلوم طب الجلد للأطفال
- جامعة نيس - فرنسا

Dr. Ziane

170

24/12/19

Dr. Hajar AMAROUCH  
Dermatologue - Vénérologue  
235, Rés. Al Anfal B3 - 2<sup>e</sup> Étage  
Appt. 6 Blvd. Yaakoub Al Mansour  
Beausejour Casablanca  
Tél: 05 22 39 94 86

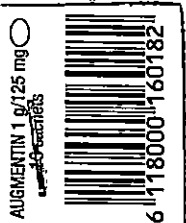
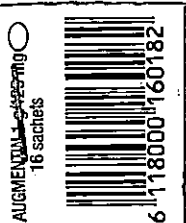
1/ Augmentin 1g (2000mg) - 16820x2

1 prise x 4/1 - 3/1 -


336, 410

PHARMACIE AL WOUROUD  
87, Rue Hassan A Côté de  
M. Al Anfal - Beausejour  
Tél: 0522 36 84 30 - Casablanca  
Patente: 34808192

Dr. Hajar AMAROUCH  
Dermatologue - Vénérologue  
235, Rés. Al Anfal B3 - 2<sup>e</sup> Étage  
Appt. 6 Blvd. Yaakoub Al Mansour  
Beausejour Casablanca  
Tél: 05 22 39 94 86



- 235 Residence Al anfal B3 Appt 6 2ème étage Bvd Yacoub Al mansour, Beausejour, Casablanca ( au dessus de centre commercial al anfal)
- +212 522 39 94 86
- hajar.amarouch@gmail.com

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري  <b>RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO</b>	 الضمان الاجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire  مرجع رقم : REF : 610-2-06 :
	Référence structurée : 191291817906067	Emis à Casablanca le : 31/12/2019	Page : 1
Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation: 186051415 Règlement du mois : 12/2019 Mode de paiement : Virement	ZIANI MOHAMED 12 RUE EL YASMINE BEAUSEJOUR CASABLANCA 2020		
Informations :			

مرجع الإشعار بالاستلام Référé accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنير الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريف المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement %	مبلغ التعويض Montant remboursé
ZIANI MOHAMED										
071010059	25/11/2019	CS	PHARMACIE	250,00	150,00	1,00	1,00	150,00	85	127,50
071010059	25/11/2019	PH	PHARMACIE	232,00	232,00	1,00	1,00	232,00	85	197,20
071010059	25/11/2019	PHN	PHARMACIE	153,70	17,40	1,00	1,00	17,40	00	0,00
071010058	24/12/2019	CS	PHARMACIE	250,00	150,00	1,00	1,00	150,00	85	127,50
071010058	24/12/2019	PH	PHARMACIE	336,40	264,00	1,00	1,00	264,00	85	224,40
Total remboursé pour MOHAMED										676,60
Total général remboursé										676,60

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان