

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.

Biologie 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.

Éducation :

- 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.

Maladie :

- 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
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

N° M21- 064601

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2058 Société : RAN
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BENMOUNAR Bahia
Date de naissance :
Adresse : 38, Rue Soufiane Athmane
Tél. : 061 264580 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 1.1 AOUT 2021
Nom et prénom du malade :
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 : CASABLANCA Le : 11/07/2021

Signature de l'adhérent(e) :

CIM-10			
--------	--	--	--

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – dixième révision[illegible]

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix 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 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 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 المرسلّة بالرمز الشريطي للأدوية المشتركة.

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 التعريفات 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 و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة 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 Cachet et signature de l'Agence</p>	<p>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO</p>
<p>Identification de l'agent : _____</p> <p>Date de dépôt du dossier : _____ تاريخ الإيداع : _____</p>	<p>Date d'arrivée : _____ تاريخ الاستلام : _____</p>

 <p>الضمان الاجتماعي CNSS</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة 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 Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>مرجع رقم 610-1-03</p>
N° Dossier :		
<p>Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (ها)</p> <p>Nom et prénom : NOUALDY Abdelmalik الاسم العائلي والشخصي :</p> <p>N° Immatriculation : 11816168-0123 رقم التسجيل :</p> <p>N° CIN : 13784445181 رقم بطاقة التعريف الوطنية :</p> <p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (ها) :</p> <p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input type="checkbox"/> ابن</p> <p>Adresse : 38 Rue SOUFIANE ATTOUNI dans CASA العنوان :</p> <p>Montant des frais : 229130 Dhs. مبلغ المصاريف :</p> <p>Nombre de pièces jointes : 03 عدد الوثائق المرفقة :</p>		
<p>Déclaration du Médecin traitant تصريح الطبيب المعالج</p> <p>Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات</p> <p>Nom et prénom : _____ الاسم العائلي والشخصي :</p> <p>Date de naissance : _____ تاريخ الإزدياد :</p> <p>N° CIN : _____ رقم بطاقة التعريف الوطنية :</p> <p>Sexe * : M <input type="checkbox"/> ذكر F <input type="checkbox"/> أنثى الجنس :</p> <p>INPE et code à barres ** الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر **</p> <p>Médecin traitant الطبيب المعالج : 1169710/07</p> <p>Etablissement de soins المؤسسة العلاجية : _____</p>		
<p>Type de soins نوع العلاجات</p> <p>Admission ALD * : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non قبول المرض المزمن * :</p> <p>N° dossier ALD : _____ رقم ملف المرض المزمن :</p> <p>Code ALD : _____ رمز المرض المزمن :</p> <p>Maladie * <input type="checkbox"/> مرض Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء</p>		
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه</p> <p>Fait à : Casa ب : _____</p> <p>Le : 11/01/2021 في : 11-01-2021</p> <p>توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e) : _____</p> <p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه</p> <p>Fait à : Casa ب : _____</p> <p>Le : 11/01/2021 في : 11-01-2021</p> <p>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins : _____</p>		

* Cocher la mention utile pour chaque case.

** Accrocher l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que les codes à barres.

080 200 7200 / 080 203 3333 - الهاتف - المحطة - 2186 - الدار البيضاء - ب.ب. 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

Docteur Mohammed Amine BENNANI

OPHTALMOLOGIE
Diplômé de l'Institut Universitaire
BARRAQUER - BARCELONE
Maladies et Chirurgie des Yeux

*Glaucome - Cataracte - Ophtalmo-pédiatrie - Chirurgie réfractive
(Myopie - Hypermétropie - Astigmatisme - Presbytie)*

Casablanca, le lundi 18 janvier 2021

Patient : Monsieur Abderrahim NOUALDY

37.20



SERUM PHYSIOLOGIQUE UNIDOSES 0.9% / matin et soir,

LARMABAK COLLYRE 0.9% / 1 goutte 3 à 4 fois par jour, à renouveler en cas de besoin

54.10

91.30



صيدلية ابن كاتير
Pharmacie IBNOU KATIR
M'hamed BERMANE
Docteur en Pharmacie
22, Rue Imad el-Ismaïli
Tél: 05 22 23 47 63 - CASABLANCA

DR. BENNANI MED AMINE
OPHTALMOLOGIE
RUE IBNOU BABEK
RACINE CASABLANCA
0522 36 20 00

Docteur Mohammed Amine BENNANI

OPHTALMOLOGIE
Diplômé de l'Institut Universitaire
BARRAQUER - BARCELONE
Maladies et Chirurgie des Yeux

*Glaucome - Cataracte - Ophtalmo-pédiatrie - Chirurgie réfractive
(Myopie - Hypermétropie - Astigmatisme - Presbytie)*

Casablanca, le lundi 18 janvier 2021

Patient : Monsieur Abderrahim NOUALDY



37.20

SERUM PHYSIOLOGIQUE UNIDOSES 0.9% / matin et soir,

LARMABAK COLLYRE 0.9% / 1 goutte 3 à 4 fois par jour, à renouveler en cas de besoin



54.10
91.30

صيدلية ابن كاتير
Pharmacie IBNOU KATIR
M'hamed GERMANE
Docteur en Pharmacie
22, Rue Immeuse IBNOU KATIR
Tél: 05 22 23 41 83 - CASABLANCA

DR. BENNANI MED AMINE
OPHTALMOLOGIE
RUE IBNOU BABEK
RACINE CASABLANCA
0522 36 20 00 / 02

LIBERTY VISION



Résidence El Yamama
107, Bd Biranzarane (Ex-Rapheïl) Tél : 05 22 25 16 26
Mâarif Casablanca
Patente N°: 35800120 N° 0026432

إقامة اليمامة
107, شارع بئر انزاران
المعاريف الدار البيضاء
35800120 : البتانة

Docteur : BENNAÏ M. MOHAMMED AMINE
Mr. : NOUALDY ABDEBRAHIM

Nomenclature :

Montures : VL : optique 800,00
VP : AR
Type de Verres : Organique AR
PATEL N°: 35800120
RC N°: 424508 IF N°: 40238037
CNS N°: 5139127
ACE: 001807717000004

VISION DE LOIN :

OD : Axe : 90° Cyl : -1,00 Sph : -1,50 600,00
OG : Axe : 90° Cyl : -1,00 Sph : -1,50 600,00

VISION DE PRES :

OD : Axe : 90° Cyl : -1,00 Sph : -1,50
OG : Axe : 90° Cyl : -1,00 Sph : -1,50
Add : 0,00

TOTAL : Deux Mille Dhs = 2000,00 DH
Le : 08/02/2021 en piece

Dr. Bennani Mohammed Amine

Ophtalmologiste

Diplômé de l'Institut Universitaire
BARRAQUER - BARCELONE

CASABLANCA



LASER VISION

- الدكتور بناني محمد أمين

أمراض وجراحة العيون

خريج معهد براكير - برشلونة

Chirurgie de la myopie - Astigmatisme - Hypermétropie - Présbytie
Cataracte - Glaucome - Rétine médicale - Ophtalmo-pédiatrie - Strabisme

Casablanca, le 18 JAN. 2021

Patient : Monsieur NOUALDY Abderrahim

MONTURE / VERRES LOIN ANTI-REFLETS BLANCS

Oeil Droit : -1,50

Oeil Gauche : (90° -1,00) -1,50

Optic LIBERTY VISION
Opticien Optométriste
101 Bd. Massira El Khadra (Ex Baboucha)
Rég. Al Yamama Casablanca
0522 520 50 02

DR. BENNANI MOHAMMED AMINE
OPHTALMOLOGIE
7, RUE IBNOU BABEK
RACINE CASABLANCA
522 520 50 02

7, Rue Ibnou Babek, Racine par Bd. Massira El Khadra 20100 - Casablanca
•Tél.: +(212) 522 362 000 /02 / mariophta@gmail.com - INPE : 0016 3421 50 000 40

LIBERTY VISION



Résidence El Yamama
107, Bd Biranzarane (Ex-Rapheïl)
Mâarif Casablanca
Patente N°: 35800120

Tél : 05 22 25 16 26

N° 0026432

إقامة اليمامة
107, شارع بقرانزاران
المعاريف الدار البيضاء
البتاننا : 35800120

Docteur : BENNANI MOHAMMED AMINE
Mr. : NOUAILOU ABDEBRAHIM

Nomenclature :

Montures	VL : <u>optique</u>	800,00
	VP : <u>Organique AR</u>	
Type de Verres	<u>Ar. is</u>	

VISION DE LOIN :

OD : Axe : <u>—</u>	Cyl : <u>—</u>	Sph : <u>-1,00</u>	600,00
OG : Axe : <u>90°</u>	Cyl : <u>-1,00</u>	Sph : <u>-1,00</u>	600,00

VISION DE PRES :

OD : Axe : <u>—</u>	Cyl : <u>—</u>	Sph : <u>—</u>	
OG : Axe : <u>—</u>	Cyl : <u>—</u>	Sph : <u>—</u>	

Add : —

TOTAL :

Le : 08/02/2021 enpece

Deux Mille Dh. = 2000,00 DH

Dr. Bennani Mohammed Amine

Ophtalmologiste

Diplômé de l'institut Universitaire
BARRAQUER - BARCELONE

CASABLANCA



LASER VISION

الدكتور بناني محمد أمين
أمراض وجراحة العيون
خريج معهد براكيير - برشلونة

Chirurgie de la myopie - Astigmatisme - Hypermétropie - Présbytie
Cataracte - Glaucome - Rétine médicale - Ophtalmo-pédiatrie - Strabisme

Casablanca, le 18 JAN. 2021

Patient : Monsieur NOUALDY Abderrahim

MONTURE / VERRES LOIN ANTI-REFLETS BLANCS

Oeil Droit : -1,50

Oeil Gauche : (90° -1,00) -1,50

OPIC LIBERTY VISION
Opticien Optométriste
12, rue Ibnou Babek (Ex. Rachad)
RACINE Casablanca
0522 362 000 / 02

DR. BENNANI MOHAMMED AMINE
OPHTALMOLOGIE
7, RUE IBNOU BABEK
RACINE CASABLANCA
0522 362 000 / 02

7, Rue Ibnou Babek, Racine par Bd. Massira El Khadra 20100 - Casablanca
•Tél.: +(212) 522 362 000 / 02 / mariophta@gmail.com - INPE : 0016 3421 50 000 40

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.

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

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 رهينا بطلب الموافقة المسبقة. لائحة 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 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>الضمان الاجتماعي CNSS</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p>
<p>مراقبة مسبقة Entente préalable *</p>	<p>تنفيذ Exécution *</p>	<p>رجوع رقم 610-1-03 Rég. : 610-1-03</p>
<p>N° Dossier :</p>		
<p>Partie réservée à l'assuré(e)</p>		
<p>خاص بالمؤمن له (ها)</p>		
<p>الاسم العائلي و الشخصي : NOUALDY Abdelhakim</p>		
<p>رقم التسجيل : 11816168-0183</p>		
<p>N° CIN : B78446181</p>		
<p>علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (ها) :</p>		
<p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/></p>		
<p>Adresse : 38 Rue SOUFIANE ATTOUNI Maarif CASA</p>		
<p>العنوان :</p>		
<p>Montant des frais : 239130 Dhs.</p>		
<p>المبلغ المصاريف :</p>		
<p>Nombre de pièces jointes : 03</p>		
<p>عدد الوثائق المرفقة :</p>		
<p>Déclaration du Médecin traitant</p>		
<p>تصريح الطبيب المعالج</p>		
<p>المستفيد من العلاجات</p>		
<p>Bénéficiaire de soins</p>		
<p>Nom et prénom : NOUALDY Abdelhakim</p>		
<p>الاسم العائلي و الشخصي :</p>		
<p>Date de naissance : / /</p>		
<p>تاريخ الإزدياد :</p>		
<p>N° CIN : / /</p>		
<p>رقم بطاقة التعريف الوطنية :</p>		
<p>Sexe* : M <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/></p>		
<p>الجنس :</p>		
<p>INPE et code à barres **</p>		
<p>الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر **</p>		
<p>Médecin traitant : / /</p>		
<p>المؤسسة العلاجية</p>		
<p>INPE : 001634215000046</p>		
<p>Type de soins</p>		
<p>نوع العلاجات</p>		
<p>Admission ALD* : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>		
<p>قبول المرض المزمن* :</p>		
<p>N° dossier ALD : / /</p>		
<p>رقم ملف المرض المزمن :</p>		
<p>Code ALD : / /</p>		
<p>رمز المرض المزمن :</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>أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه</p>		
<p>Fait à : Casa</p>		
<p>Le : 18 JAN 2024</p>		
<p>توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</p>		
<p>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins</p>		
<p>7, RUE IBRAHIM BAKER RABAT CASABLANCA</p>		
<p>080 200 7200 / 080 203 3333</p>		

CIM-10			
--------	--	--	--

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – dixième révision

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
Date d'exécution 18/01/2022	الثمن المفوتر Prix facturé 91.30	pharmacie HANOU KATIR M'hamed OUMERMANE Docteur en Pharmacie 22, Rue Imuetza Hanou Katir, BP: 06 22 23 41 63 - CASABLANCA
INPE et code à Barres 35806691		
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

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الاجتماعي +الكوست+الامتياز CNSS	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : REF : 610-2-06
	Référence structurée : 210302994142964	Emis à Casablanca le : 09/03/2021	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة NOUALDY ABDERRAHIM 38 RUE SOUFIANE ATTOURI MAARIF CASABLANCA 2038		
	N° d'immatriculation : 186680123 Règlement du mois : 03/2021 Mode de paiement : Virement		
Informations : معلومات :			

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو 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
NOUALDY ABDERRAHIM										
063860847	18/01/2021	CS	MEDECIN	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	95	142,50
063860847	18/01/2021	PH	SPECIALISTE	91,30	54,10	1,00	1,00	54,10	95	51,40
063860847	18/01/2021	VER	PHARMACIE	1 200,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70	0,00
063860847	18/01/2021	MON	OPTICIEN	800,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70	0,00
Total remboursé pour ABDERRAHIM										193,90
Total général remboursé										193,90

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

N° Dossier
63860847

Dossier de remboursement



Date dépôt

18/02/2021

Agence de dépôt

SOCRATE

Date des soins

18/01/2021

Montant des soins

2391,3 DHs

Bénéficiaire

NOUALDY ABDERRAHIM

Détails

