

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



Déclaration de Maladie

N° W21-765705

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

2509

Matricule : 2509 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif Pensionné(e) Autre : CHADMI AFCA

Nom & Prénom : CHADMI AFCA

Date de naissance : 04/10/57

Adresse : HABIB RIAHI

Tél. : 0661095613 Total des frais engagés : 860,00 + 2700,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Age :

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, 06/12/20

Le : 02/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-765705

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 2509
 Nom de l'adhérent(e) : CHADMI
 Total des frais engagés : 11 346,00
 Date de dépôt :

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
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

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 Particulier	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.

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.

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.

Instructions à suivre

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث.

يجب ارفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير...).

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

يجب ارفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراء.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في طرف 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 التعريفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهنًا 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، سيُعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهن باحترام الشروط القانونية وكل ما يسق ذكره.

توقيع و طبیع الوکالہ
Cachet et signature de l'Agence

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réserve à la DAMO

Identification de l'agent :

نارخ الإيداع: ٢٠٢١-٠٦-٢١

Date de dépôt du dossier : ٢٠٢١-٠٦-٢١

نارخ الإيداع: ٢٠٢١-٠٦-٢١

Date d'arrivée : ٢٠٢١-٠٦-٢١

٠٦٦٧٤٩٥٧٨٤

	ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة	
Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée		
موافقة مسبقة *	تفقد *	
Entente préalable *	Exécution *	
Ref. : 610-1-03		Ref. : ANAM 1.2.0.61

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي :
رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *

Conjoint زوج ابن
Enfant

العنوان :
Adress :
Lot 22 Di Harno 10 Sed EL Abo El Temara

مبلغ المصارييف :
 عدد الوثائق المرفقة :

تصريح الطبيب المعالج
المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي :
تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :
الجنس : *
الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفق **
.....

INPE et code à barres **
.....

Médecin traitant
Etablissement de soins
المؤسسة العلاجية

نوع العلاجات
.....

فيول المرض المزمن :
رقم ملف المرض المزمن :
رمز المرض المزمن :
استئنفاء *
.....

Type de soins
.....

Admission ALD * :
.....

N° dossier ALD :
.....

Code ALD :
.....

Maladie*
.....

Hospitalisation*
.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Description des actes effectués				وصف العمليات المجرأة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المغورت Montant facturé	توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
26/09/2022	65		-	300 Dh Dr. LYOUSSI Mouna NEUROLOGUE 2, Imme. 209, Av. Moncef Ben Cherif Cité Al-Madinah El-Jadida GSMA DOCK STATION Tel: 05 37 62 96 99 NIP: 1012088558	
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 المغورت Montant facturé	توقيع و طابع 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				العمليات الإحياء، الأشعة و الصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المغورت Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المغورت Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
26/09/2022	8646,00	Pharmacie AL FATH Dr. FAKRETT NASSIRI Res.Tansem ImmS Harhoura Tel: 05 30 30 21 20
INPE et code à Barres		
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

RELEVE DES PRESTATIONS
AMO



مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : REF : 610-2-06 :

Référence structurée : 221022662745616

Emis à Casablanca le : 07/10/2022

Page : 1

Identifiant de la famille

تعريف العائلة

SRAIRI ABDELILAH
LOT IZDIHAR N[10 SID EL ABED SKHIRAT
TEMARA 1204

N° d'immatriculation : 176440610
Règlement du mois : 10/2022
Mode de paiement : Virement

Informations :

معلومات :

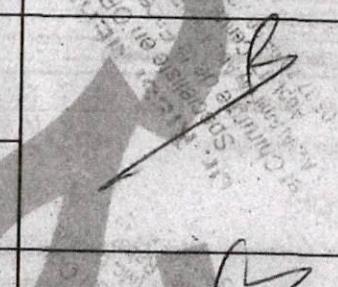
مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصارييف Montant de la dépense	التعريفة المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
SRAIRI ABDELILAH										
096555316	10/08/2022	CS	MR KISSI MEHDI	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	95	142,50
096555316	10/08/2022	K	MR KISSI MEHDI	400,00	563,00	1,00	1,00	563,00	70	280,00
096555316	10/08/2022	PH7	FOURNISSEUR	4 000,00	1 000,00	1,00	1,00	1 000,00	100	1 000,00
096565884	26/09/2022	CS	MME LYOUSSEI MOUNA	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	95	142,50
096565884	26/09/2022	KCC	PHARMACIE	8 646,00	8 646,00	1,00	1,00	8 646,00	95	8 213,70
Total remboursé pour ABDELILAH										9 778,70
Total général remboursé										9 778,70

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Commentaire MNR = RILUTEK 50MG * 3

Description des actes effectués

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	وصف العمليات المجرأ Signature et Cachet du Médecin traitant
10/08/2009	CS		300dh	
INPE et code à Barres 1111111111111111				

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

Actes Paramédicaux

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	عمليات المساعدين الطبيين Signature et Cachet du Paramédical
10/08/22	Reperation d'oreil auditive WIDEX OD			2000dh	
INPE et code à Barres 1111111111111111					

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفوت Montant facturé	أشعة و الصور Signature et Cachet ou Bi
INPE et code à Barres 1111111111111111				
INPE et code à Barres 1111111111111111				

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	أو مuron التجهيزات Signature et Cachet Fournisseurs des
INPE et code à Barres 1111111111111111		
INPE et code à Barres 1111111111111111		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité

Le devoir de vous protéger

ACCUSE DE RECEPTION MANUEL

AMO PV IJM-PRO AF

RC Autre :

N° CNSS: 136 44 0610

N° DOSSIER (s) : 0965657784

Matricule Collaborateur :

هام جدا

Date: 28-09-22

للإطلاع على عدد الأيام الم المصرح بها
و ل تتبع ملفاتكم الخاصة بالتعويضات
الرجو الاتصال ب 080 20 30 100

أو زيارة بوابة المؤمن له

عبر الموقع www.cnss.ma

أو تطبيق الهاتف الذكي MA CNSS



مركز الاتصال
080 200 7200
080 203 3333

للمزيد من المعلومات

Dr. LYOUSSE MOUNA

Neurologue - Epileptologue (Adulte et Enfant)

Maladies du cerveau - Moelle épinière - Système nerveux
Périphérique et Muscles
Explorations neurophysiologiques: EEG - Video EEG - ENMG



الدكتورة اليوسي منى

اختصاصية في الجهاز العصبي ومرض الصرع

(الكبار والصغار)

أمراض الدماغ الاعصاب النخاع الشوكي والعضلات

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Témara le: 26.05.2022
قمارة في

أ. SRAIRI

Abdelilah

41-Rilutek.

1cp x 2/jr pdt 03 mois

2882,00 x 3

8646,00

Pharmacie AL FATH
Dr. FAKHET Nessim
Res. Tanssim Imm 9 Harhoura
Tel: 05 30 30 21 20

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebâ Casablanca
Rilutek 50 mg B 56 cpr pel
P.P.V : 2882,00 DH
6 118001 081745

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebâ Casablanca
Rilutek 50 mg B 56 cpr pel
P.P.V : 2882,00 DH
6 118001 081745

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebâ Casablanca
Rilutek 50 mg B 56 cpr pel
P.P.V : 2882,00 DH
6 118001 081745

عمارة 209 - رقم 2 شارع مولاي علي الشريف - الميسرة 1 - قمارة

Imm. 209, Appt N°2, Avenue Moulay Ali Chérif, Cité Massira I - TEMARA
E-mail: dr.lyoussi@gmail.com - Tél: 05 37 62 96 90

Docteur Mehdi KISSI

ORL - Chirurgie du Cou et de la Face
Spécialiste dans les maladies et la chirurgie
des Oreilles, du nez et de la gorge
Chirurgie de la Thyroïde
Surdité -Vertiges - Ronflement
Exploration endoscopique



الدكتور مهدي قيسى

اختصاصي في أمراض وجراحة الأنف والحنجرة
جراحة الوجه والعنق - جراحة الغدة الدرقية
نقص السمع - الموجة - الشخير
التشخيص بالمنظار الداخلي

RABAT le : 10/08/2022

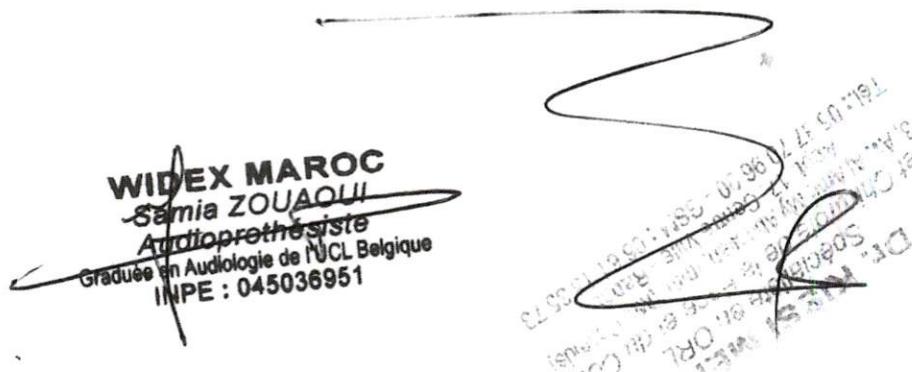
Mr SRAIRI ABDELILAH

Ordonnance

Prière de procéder à:

La réparation de la prothèse auditive droite de Mr SRAIRI ABDELILAH,
qui présente une surdité bilatérale.

WIDEX MAROC
Samia ZOUAOUI
Auditoprotéthiste
Graduée en Audiologie de l'UCL Belgique
INPE : 045036951

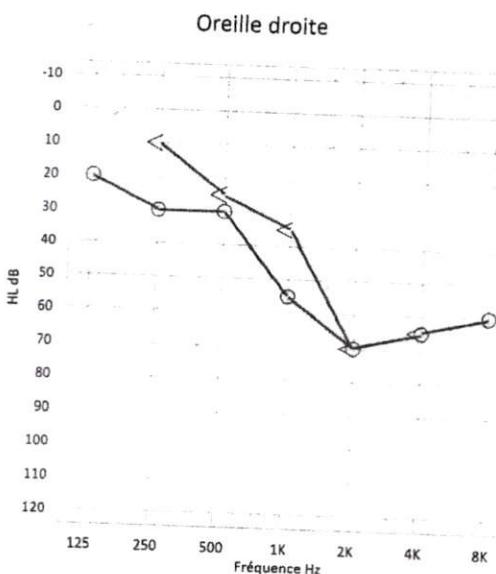


3, شارع الأمير مولاي عبد الله، شقة 17 (عقارة ماك دونالد) وسط المدينة - الرباط
Tél : 05 37 70 96 90 G sm : 06 61 13 35 73 Email : kissimehdi@gmail.com

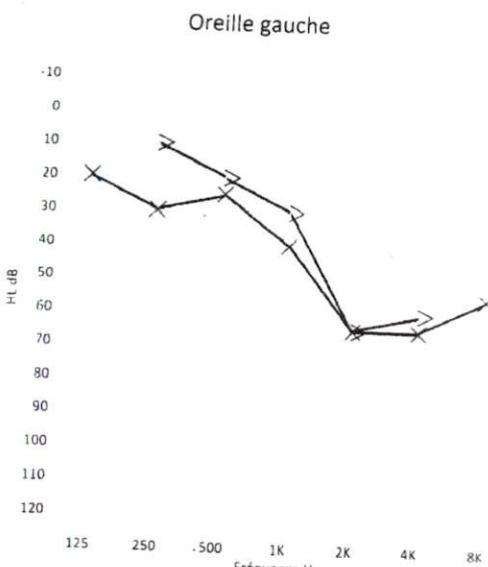


ABDELILAH, SRAIRI

Audiogramme tonal pur: 10/08/2022



Description	PTA	AI (%)
Tonale CA Casque, DD65 V2	49	22
CO vibrateur, B-71	44	



Notes:

Notes de rapport:

Surdité a prédominance
neuromotrice: elle bouleverse

Dr. MEHDI
Spécialiste en ORL
3 Avenue Amir Moulay Abdellah, Appt 17, Casablanca
Télé: 0527 70 96 00 - 0527 70 96 01
Fax: 0527 70 96 02
Email: dr.mehdi.kissi@orange.ma

Facture	Numéro SAV0412
Date : 22/08/2022	
Code client	
CL00679	
N° ICE :	

Monsieur Srairi Abdelilah

Description	N° de série/lot	Qté	P.U. TTC	Montant TTC
Réparation d'appareil D-m CB 50 N° 056308 (D)		0	0,00	0,00
Changement d'amplificateur Dream D220-M N° 018969 et garder ancien N° série	018969	1	1.950,00	1.950,00
Thin tube 0.9 3R		1	50,00	50,00

La présente Facture est arrêtée à la somme de :
deux mille dirhams marocains et zéro centime

Facture payé par
chèque BP N° 1800013

Total HT	1.666,67
Total TVA	333,33
Total TTC	2.000,00

Cachet et signature
WIDEX MAROC
 Samia ZOUAOUI
 Audioprothésiste
 Graduée en Audiologie de l'UCL Belgique
 INPE : 045036951

Samia Zouaoui Audioprothésiste
 INPE 045036951


ن

Date : lundi 22 août 2022 التاریخ:

Heure : 12 h 14 WET الساعۃ:

Destinataire :

SRAIRI ABDELILAH
LOT IZDIHAR N° 10 SID EL ABED SKHIRAT
12040
TEMARA

المرسل اليه:



N° CNSS	176440610	رقم ص.و.ض.ج.
N° de la Carte Nationale d'Identité	A800679	رقم البطاقة الوطنية للتعرف
Type dossier	Dossier de remboursement	نوع الملف
Valeur du dossier	2700 Dhs	قيمة الملف
Nombre de pièce (y compris les feuilles de soins)	3 Pièces	عدد الوثائق (بما فيها أوراق العلاجات)
Bénéficiaire	SRAIRI ABDELILAH	المستفيد

Madame, Monsieur,

Nous avons bien reçu votre demande et elle sera transmise au service compétent.

لقد توصلنا بطلبكم وسيتم إحالته على المصلحة المختصة.

سيدي، سيدتي،

Les traitements des données à caractère personnel sont conformes à la loi 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements des données à caractère personnel.

تم معالجة المعلومات ذات الطابع الشخصي طبقاً لمقتضيات القانون 09-08 المتعلق بحماية الأشخاص الذين تجاه معالجة المعلومات ذات الطابع الشخصي

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 7269

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

الfax	الهاتف	المدينة	العنوان	وكالة
05 2241 81 52	06 08 89 07 91	RABAT	N 02-Amal 6, Quartier industriel Yaacoub El Mansour	RABAT YACOUB AL MANSOUR Agence



الدار البيضاء في
Casablanca le 28/02/2022

Direction des Prestations de l'Assurance Maladie
Obligatoire

مديرية تعويضات التأمين الإجباري عن المرض

SRAIRI ABDELILAH
LOT IZDIHAR N° 10 SID EL
ABED SKHIRAT
TEMARA

Réf : Numéro d'Immatriculation : 176440610
Bénéficiaire : SRAIRI ABDELILAH

Objet : Avis favorable pour le remboursement en
votre faveur du médicament «RILUTEK»

الموضوع : موافقة متعلقة بتعويضكم عن مصاريف الدواء
«RILUTEK»

Madame, Monsieur,

En réponse à votre demande, nous vous informons de notre accord pour le remboursement en votre faveur du médicament «RILUTEK», à compter du 28/02/2022 ce tant que les conditions d'ouverture de droits à l'Assurance Maladie Obligatoire seront remplies.

جوابا على طلبكم، نخبركم بموافقتنا لتعويضكم عن مصاريف الدواء «RILUTEK»، ابتداء من 28/02/2022 وذلك ما دمتم متوفرون على شروط الاستفادة من خدمات التأمين الإجباري عن المرض

Ainsi, nous vous invitons à joindre une copie de cet accord à chaque dossier de remboursement déposé par vos soins en rapport avec ledit médicament.

و عليه، ندعوكم إلى إرفاق نسخة من هذه الموافقة إلى كل طلب تعويض عن مصاريف هذا الدواء.

Nous vous prions de croire, Madame, Monsieur,,
en l'expression de nos sincères salutations.

تقبلوا سيدتي، سيدى، خالص تحياتنا.

قسم المراقبة الطبية القبلية و مراقبة تعويضات التأمين الإجباري عن المرض
Division du Contrôle Médical à Priori et des Prestations AMO

Sauf erreur ou omission

تحت جميع التحفظات

