

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'Hôpital Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº W19-580431

48554

| | | | |
|--|---------------------------------------|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 1497 | | Société : R.A.M. | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | MIRDASS Fatima |
| Nom & Prénom : | | | |
| Date de naissance : | | | |
| Adresse : | | | |
| Tél. : 0699900310 | | Total des frais engagés : 3 Dhs | |
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : complémentaire | | | |
| Date de consultation : | | | |
| Nom et prénom du malade : REHOURA Mohamed Age : 30 | | | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> 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 : | Signature de l'adhérent(e) : JAF | | |
| Le : | | | |

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 : Signature de l'adhérent(e) : JAF
Le :

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.

تَعْلِيماتٌ يُجَبِّ اِتَابُعُهَا

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث.

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

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

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراء.

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 حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التحريف الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات بظل رهينا 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 رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

**توقيع و طابع الوكالة
Cachet et signature de l'Agence**

Identification de l'agent : _____

Date de dépôt du dossier : _____

**خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO**

Tarif d'arrivée : _____

| | | |
|---|---|---|
|  CNSS Le devoir de vous protéger | ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée | مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire |
| <input checked="" type="checkbox"/> موافقة مسبقة * Entente préalable * | <input checked="" type="checkbox"/> تغفّل * Exécution * | Ref. : 610-1-03 ANAM / 12/2012 |

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom :

N° Immatriculation :

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *

Conjoint زوج Enfant ابن
 العنوان : _____

Adresse : _____

Montant des frais :

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du Médecin traitant

Bénéficiaire de soins

الإسم العائلي والشخصي : _____

تاريخ الإزداد : _____

رقم بطاقة التعريف الوطنية : _____

الجنس : * _____

الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفق ** _____

تصريح الطبيب المعالج المسئول من الملاجات

الإسم العائلي والشخصي : _____

تاريخ الإزداد : _____

رقم بطاقة التعريف الوطنية : _____

جنس : * _____

INPE et code à barres ** _____

Medecin traitant _____

Etablissement de soins _____

المؤسسة العلاجية _____

نوع العلاجات

قبل المرض المزمن * : _____

رقم ملف المرض المزمن : _____

رمز المرض المزمن : _____

استشفاء * _____

Hospitalisation* _____

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

أنا اشهد على ما ذكر أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : _____

Le : _____

توقيع الطبيب المعالج _____

Signature de l'assuré(e) _____

* Cocher la mention utile pour chaque case

** Accolez 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 نافر - الدار البيضاء من، بـ 2186 - المتر القيمة المطلقة. الهاتف 080 200 7200 / 080 203 3333

Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Cassa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

خاص بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي والشخصي :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *

مبلغ المصروف :

عدد الوثائق المرفقة :

تصريح الطبيب المعالج

المسئول من الملاجات

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزداد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس : *

الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفق **

نوع العلاجات

قبل المرض المزمن * :

رقم ملف المرض المزمن :

رمز المرض المزمن :

استشفاء * :

Hospitalisation* :

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

أنا اشهد على ما ذكر أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : _____

Le : _____

توقيع الطبيب المعالج _____

Signature de l'assuré(e) _____

* Cocher la mention utile pour chaque case

** Accolez 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 نافر - الدار البيضاء من، بـ 2186 - المتر القيمة المطلقة. الهاتف 080 200 7200 / 080 203 3333

Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Cassa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

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 و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant |
|----------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------------|---|
| ٢٦/٠٧/٢٠٢٠ | | ٤ | ٣٠٥,٠٠ | |
| INPE et code à Barres _____ | | | | |
| | | | | |
| INPE et code à Barres _____ | | | | |

GIM-10

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدتين الطبيتين

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

| نوع العمل | رقم العمل | معامل العمل | المبلغ المفوت | توقيع و طابع طبيب الأشعة او الإيجياني |
|-----------------------|----------------------|---------------------------------------|-----------------|---|
| Date des actes | Code des actes | Lettre clé + Cotation NGAP/NABM | Montant facturé | Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste |
| 2019/03/18 | B170,PR | | 180,00 | Laboratoire d'Analyses Médicales Tél. 0535 73 24 31 - Fax 0535 73 24 31 KABDOUSSI |
| INPE et code à Barres | 11111111111111111111 | | 180,- | Laboratoire d'Analyses Médicales Tél. 0535 73 24 31 - Fax 0535 73 24 31 KABDOUSSI |

جد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المعمونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

توقيع وطابع المصيلي أو مuron التجهيزات

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

| Nature de la prestation | Prix Unitaire | Quantité | Prix Total |
|-------------------------|---------------|----------|------------|
| | | | |

Docteur Bouqlila SAAD

CARDIOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Echographie Doppler Cardiaque

Holter Tensionnel - Holter Rythmique

Ancien Attaché au service de Réanimation de

Chirurgie Cardiaque à l'Hôpital

Avicenne - Rabat

21/07/2020

Fès, le :

7th July 2020



الدكتور بوقليلة سعد

لخُصْاصِي في أمراض القلب والشرايين

خريج كلية الطب بباريس

لخُصْصاصِي في الفحص بالإكفرافي دوبلير

ضبط الضغط الدموي والنیضات القلبية

طبيب سابق بمصلحة الإتعاش لجراحة

القلب والشرايين بالعصبة الوطنية للقلب

بمستشفى بن سينا بالرباط

فاس، في فاس، في

K+

uree, creatinine

NFS

LABORATOIRE KANDOUSSI
Mr REHOURA Mohamed M
14-07-1950



ORDONNANCE

2009022039
A coller sur l'ordonnance

dates Name

dates pour



شارع محمد الخامس عمارة سارة رقم 46 الطابق الأول فاس بجانب (وفاسلف)
Bd Mohamed V Résidence Sarah N°46 1er Etage Fès V.N. à côté de (WAFA SALAF)
Tél: C: 05.35.94.26.11 / Urgences: 06.61.35.71.11

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES KANDOUSSI

Docteur ABDELALI KANDOUSSI
Médecin Biogiste
Lauréat de la faculté de Médecine de Reims

Bureau Al Fath, Lots Walili
67, Avenue des FAR - FES AGDAL
Tél : 035 73 24 30 / 32 - Fax : 035 73 24 31

N° de patente : 13604729
N° d'identification fiscale : 16471818
N° d'affiliation à la CNSS : 6935540
N° ICE : 000419654000009

FACTURE N° : 200900031

FES le 02-09-2020

Mr REHOUMA Mohamed

Récapitulatif des analyses

| CN | Analyse | Val | Clefs |
|------|--|-----|-------|
| 9105 | Forfait traitement échantillon sanguin | E10 | E |
| 0111 | Créatinine | B30 | B |
| 0131 | Potassium | B30 | B |
| 0135 | Urée | B30 | B |
| 0216 | Numération formule | B80 | B |

Total des B : 170

TOTAL DOSSIER : 180.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent quatre-vingts dirhams .

Laboratoire d'Analyses Médicales
KANDOUSSI
Tél. 035 73 24 30 / 32 - Fax 035 73 24 31



مختبر القندوسي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALE KANDOUSSI

Dr. Abdelali KANDOUSSI

Médecin Biologiste

Lauréat de la Faculté de Médecine de Reims

Ancien Interne et Assistant des Hôpitaux de France

Médecin : Dr. BOUQLILA Saad

Prélèvement du : 02-09-2020

Référence : 2009022039

Edition : 02-09-2020

Mr REHOUMA Mohamed

Code Patient 1612262023



HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

(Automates SYSMEX XT 4000i et SYSMEX XT 2000i)

| Résultats | Unité | Valeurs de référence | Antériorités |
|-----------------------------------|------------------|----------------------|--------------|
| LEUCOCYTES : | /mm ³ | (3 800–10 000) | 9 840 |
| HEMATIES : | M/ μ l | (4.08–5.60) | 4.00 |
| HEMOGLOBINE : | g/dL | (12.9–16.7) | 11.8 |
| HEMATOCRITE : | % | (38.0–49.0) | 37.4 |
| V.G.M (Volume globulaire moyen) : | fL | (83.0–97.0) | 93.5 |
| T.C.M.H : | pg | (28.0–34.0) | 29.5 |
| C.C.M.H : | g/dL | (32.0–36.0) | 31.6 |

NUMERATION GLOBULAIRE

06-07-2020

| | | | | |
|-----------------------------------|-------|------------------|----------------|-------|
| LEUCOCYTES : | 6 130 | /mm ³ | (3 800–10 000) | 9 840 |
| HEMATIES : | 2.83 | M/ μ l | (4.08–5.60) | 4.00 |
| HEMOGLOBINE : | 7.2 | g/dL | (12.9–16.7) | 11.8 |
| HEMATOCRITE : | 27.0 | % | (38.0–49.0) | 37.4 |
| V.G.M (Volume globulaire moyen) : | 95.4 | fL | (83.0–97.0) | 93.5 |
| T.C.M.H : | 25.4 | pg | (28.0–34.0) | 29.5 |
| C.C.M.H : | 26.7 | g/dL | (32.0–36.0) | 31.6 |

Hypochromie

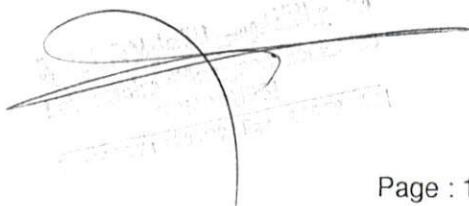
FORMULE LEUCOCYTAIRE

| | | | |
|-------------------------------|-------|------------------|---------------|
| POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES : | 77.1 | % | 79.7 |
| Soit : | 4 726 | /mm ³ | (1 600–5 900) |
| POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES : | 3.6 | % | 3.2 |
| Soit : | 221 | /mm ³ | (30–500) |
| POLYNUCLEAIRES BASOPHILES : | 0.5 | % | 0.3 |
| Soit : | 31 | /mm ³ | (0–90) |
| LYMPHOCYTES : | 13.7 | % | 12.3 |
| Soit : | 840 | /mm ³ | (1 000–4 100) |
| MONOCYTES : | 4.9 | % | 4.0 |
| Soit : | 300 | /mm ³ | (230–710) |
| Granulocytes immatures : | 0.2 | % | 0.5 |
| Soit : | 12 | /mm ³ | 49 |

PLAQUETTES

| | | | |
|---------|------------------|-------------------|---------|
| 295 000 | /mm ³ | (150 000–385 000) | 265 000 |
|---------|------------------|-------------------|---------|

N.B : les valeurs de référence de la NFS, utilisées dans notre laboratoire, proviennent d'une étude portant sur 33258 sujets sains vivant en France (Troussard et al, 2014).



Page : 1/2

Urgences : Prélèvements à domicile 24h/24 : 06 71 46 22 62 - 06 76 86 18 28

67, Av. des FAR, Bureaux Al Fath (A côté de KITEA) 30000 - Fès

Tél : 05 35 73 24 30 / 32 - Fax : 05 35 73 24 31

E-mail : labokandoussi2005@gmail.com - Site Web : labokandoussi-fes.com



مختبر القندوسي للتحاليل الطبية

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALE KANDOUSSI

Dr. Abdelali KANDOUSSI

Médecin Biologiste

Lauréat de la Faculté de Médecine de Reims

Ancien Interne et Assistant des Hôpitaux de France

Référence : 2009022039

Prélèvement du : 02-09-2020

Mr REHOUMA Mohamed

BIOCHIMIE SANGUINE

AU 480 (BECKMAN COULTER*) ET INDIKO PLUS (THERMOSCIENTIFIC*)

Potassium (K) :
(Electrode Spécifique BECKMAN COULTER)

Commentaire

Résultats Unité Valeurs de référence Antériorités

15-07-2020

4.4

4.0 mmol/L (3.5-5.1)

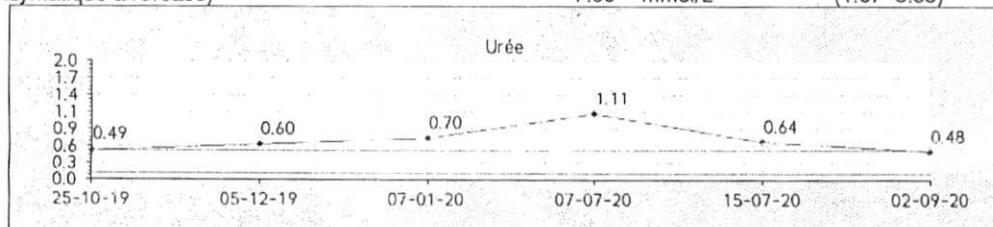
Prélèvement réalisé avec garrot

Urée
(Technique enzymatique à l'uréase)

0.48 g/L (0.10-0.50)
7.99 mmol/L (1.67-8.33)

15-07-2020

0.64

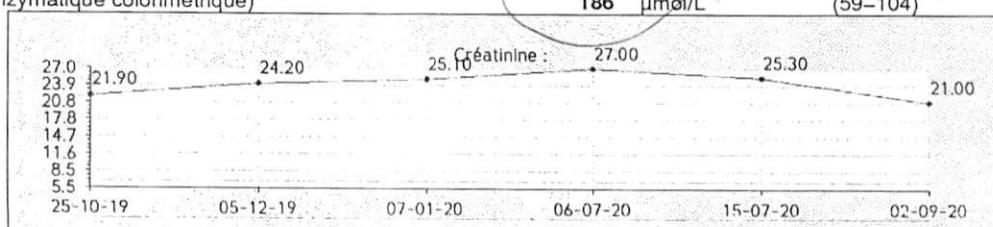


Créatinine : (RC)
(Technique enzymatique colorimétrique)

21.0 mg/L (6.7-11.7)
186 µmol/L (59-104)

15-07-2020

25.3



(RC) : Résultat contrôlé

Demande validée biologiquement par : Dr. ABDELALI KANDOUSSI

Page : 2/2

Urgences : Prélèvements à domicile 24h/24 : 06 71 46 22 62 - 06 76 86 18 28

67, Av. des FAR, Bureaux Al Fath (A côté de KITEA) 30000 - Fès

Tél : 05 35 73 24 30 / 32 - Fax : 05 35 73 24 31

E-mail : labokandoussi2005@gmail.com - Site Web : labokandoussi-fes.com

Docteur Bouqlila SAAD

CARDIOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Echographie Doppler Cardiaque

Holter Tensionnel - Holter Rythmique

Ancien Attaché au service de Réanimation de

Chirurgie Cardiaque à l'Hôpital

Avicenne - Rabat



الدكتور بوقليلة سعد

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في الفحص بالإكغراف في دوبلير

ضبط الضغط الدموي والتضات القلبية

طبيب سابق بمصلحة الإنعاش لجراحة

القلب والشرايين بالعصبية الوطنية للقلب

بمستشفى بن سيناء بالرباط

310912090
Fès, le :

Dr Nefouma - N de

- Recherche de la cause
dans le cas de



Centre National de la Recherche Scientifique
Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
Laboratoire Kandousi
Unité d'Analyse Médicales
KANDOUSSI
Tel. 05373243941 - Fax 0535732431



شارع محمد الخامس عمارة سارة رقم 46 الطابق الأول فاس بجانب (وفاسليف)

Bd Mohamed V Résidence Sarah N°46 1er Etage Fès V.N. à côté de (WAFA SALAF)

Tél: C: 05.35.94.26.11 / Urgences: 06.61.35.71.11

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES KANDOUSSI

Docteur ABDELALI KANDOUSSI
Médecin Biogiste
Lauréat de la faculté de Médecine de Reims

Bureau Al Fath, Lots Walili
67, Avenue des FAR - FES AGDAL
Tél : 035 73 24 30 / 32 - Fax : 035 73 24 31

N° de patente : 13604729
N° d'identification fiscale : 16471818
N° d'affiliation à la CNSS : 6935540
N° ICE : 000419654000009

FACTURE N° : 200900279

FES le 12-09-2020

Mr REHOUMA Mohamed

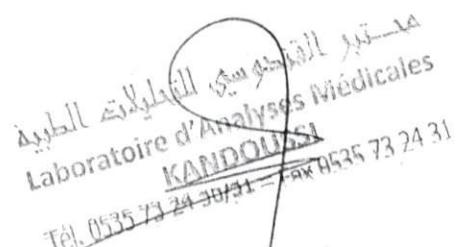
Récapitulatif des analyses

| CN | Analyse | Val | Clefs |
|------|---|------|-------|
| 9106 | Forfait traitement autre échantillon | E15 | E |
| 0257 | Recherche de sang par méthode immunologique | B150 | B |

Total des B : 150

TOTAL DOSSIER : 180.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent quatre-vingts dirhams .





مختبر القندوسي للتحاليل الطبية

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALE KANDOUSSI

Dr. Abdelali KANDOUSSI

Médecin Biogiste

Lauréat de la Faculté de Médecine de Reims

Ancien Interne et Assistant des Hôpitaux de France

Médecin : Dr. BOUQLILA Saad

Prélèvement du : 12-09-2020

Référence : 2009122009

Edition : 12-09-2020

Mr REHOUMA Mohamed

Code Patient 1612262023



BACTERIOLOGIE

RECHERCHE DE SANG DANS LES SELLES (Hémoccult* ou test de Weber)

(Technique Immuno-Chromatographique)

Prélèvement effectué :

A domicile

Recherche (1er jour) :
(HEMOTRUST*, BIOSYNEX)

Négative

Demande validée biologiquement par : Dr. ABDELALI KANDOUSSI

مختبر القندوسي للتحاليل الطبية
Laboratoire d'Analyses Médicales
KANDOUSSI
Tél: 05 35 73 24 30 / 32 - Fax: 05 35 73 24 31

Page : 1/1

Urgences : Prélèvements à domicile 24h/24 : 06 71 46 22 62 - 06 76 86 18 28

67, Av. des FAR, Bureaux Al Fath (A côté de KITEA) 30000 - Fès

Tél : 05 35 73 24 30 / 32 - Fax : 05 35 73 24 31

E-mail : labokandoussi2005@gmail.com - Site Web : labokandoussi-fes.com

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 : 201098916099959

Emis à Casablanca le : 06/10/2020

Page : 1

Identifiant de la famille **تعريف العائلة**

REHOUMA MOHAMED
AV MOHAMMED EL FASSI RTE IMMOUZER RES AL
QODS NR 19 APPT 6
FES 3005

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 | التعرفة المرجعية Tarif de référence | العامل Coeff. | الكمية Quantité | أساس التعويض Base de remboursement | نسبة التعويض Taux de remboursement% | مبلغ التعويض Montant remboursé |
|---|-------------------------------|-------------------|--------------------------------------|---|--|------------------|--------------------|---------------------------------------|--|-----------------------------------|
| REHOUMA MOHAMED | | | | | | | | | | |
| 058520673 | 21/06/2020 | CS | MEDECIN SPECIALISTE | 300,00 | 150,00 | 1,00 | 1,00 | 150,00 | 85 | 127,50 |
| 058520673 | 21/06/2020 | B | MEDECIN SPECIALISTE | 180,00 | 1,10 | 170,00 | 1,00 | 187,00 | 85 | 153,00 |
| 058520673 | 21/06/2020 | B | MEDECIN SPECIALISTE | 180,00 | 1,10 | 170,00 | 1,00 | 187,00 | 85 | 153,00 |
| Total remboursé pour MOHAMED | | | | | | | | | | 433,50 |
| Total général remboursé | | | | | | | | | | 433,50 |

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان