

# 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 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 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

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.

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4296 Société : ROM

Actif  Pensionné(e)  Autre

Nom & Prénom : ANOUILAH

Date de naissance : 16-8-56

Adresse : 99 Rue 8 ness Hay DRAAS

CIN : 086449952 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17 OCT. 2022

Nom et prénom du malade : BELSEKRI BOUAFIA Age : 62

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : \_\_\_\_\_

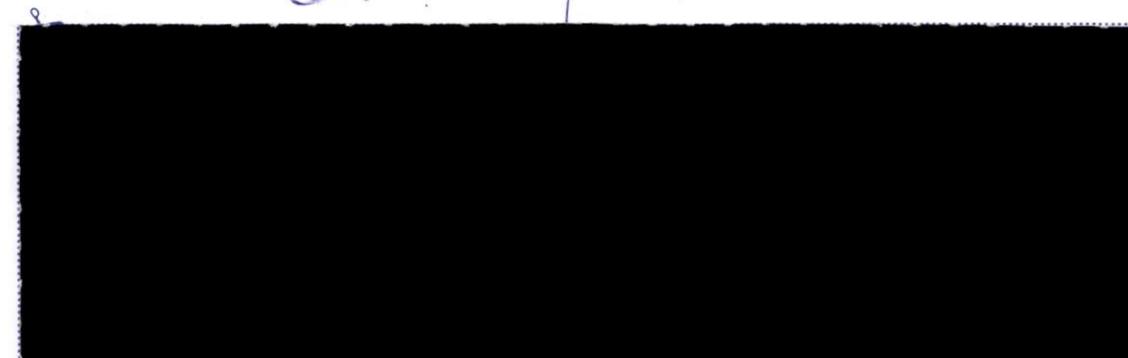
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : \_\_\_\_\_

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'exacititude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 05 22 20 45 45 Le : 17/10/22

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

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 Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$  \begin{array}{c c}  H & 25533412 \quad 21433552 \\  \hline  D & 00000000 \quad 00000000 \\  & 00000000 \quad 00000000 \\  B & 35533411 \quad 11433553  \end{array}  $			Coefficient des travaux
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

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 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.

**توقيع وطابع الوكالة**  
**Cachet et signature de l'Agence**

تعليمات يجب اتباعها

## تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حادث.

جحب إرقاء 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 الشرطي للأدوية المشتراء.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الاثنائية 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 يوماً) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصرفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة  
المسقية.

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع و كالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي .

الأخطار الناجمة عن حوادث التشغيل والأمراض المهنية  
غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة. سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعبير من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

**Identification de l'agent :**

Date de dépôt du dossier: 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري  
Réservé à la DAMO

تاریخ الاستلام: ١٤٢١-١٢-٢٠٢٠ Date d'arrivée: ٢٠٢٠-١٢-١٤

 <b>الجهاز الوطني للصحة</b> <b>جهاز CNS</b> <b>CNS</b> <i>Le devoir de vous protéger</i>	<h2>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</h2> <h3>Feuille de Soins Maladie</h3>	<b>مديرية التأمين الصحي الإجباري</b> <b>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</b>
<b>موافقة مسبقة *</b> <b>Entente préalable *</b>	<b>تنفيذ *</b> <b>Exécution *</b>	<b>Réf. - 610-1-02</b> <b>مراجع رقم</b>

N° Dossier :		Partie réservée à l'assuré(e)		خاص بالمؤمن له (لها)	
Nom et prénom :		REBEKRI Tousia		اسم العائلي والشخصي :	
N° Immatriculation :		11756841281		نº التسجيل :	
N° CIN :		04151411191		نº بطاقة التعريف الوطنية :	
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) :				علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) :	
Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>		نجل <input type="checkbox"/>		Enfant <input type="checkbox"/>	
Adresse :		99 Rue des Houerraha Béjaïa 02		عنوان :	
Montant des frais :		Dhs 0370		مبلغ المصروف :	
Nombre de pièces jointes :		01		عدد الوثائق المرفقة :	
Déclaration du médecin traitant				تصريح الطبيب المعالج	
Bénéficiaire de soins				مستفيد من العلاجات	
Nom et prénom :		REBEKRI Tousia		الاسم العائلي والشخصي :	
Date de naissance :		AS 05 11 1955		تاريخ الازدياد :	
N° CIN :		B 411191		نº بطاقة التعريف الوطنية :	
Sexe :		M <input type="checkbox"/> ذكر		F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى	
INPE et code à barres		1091122440		الجنس :	
INPE : 091122440				رقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفّر :	
Médecin traitant		Etablissement de soins			
طبيب المعالج		المؤسسة العلاجية			

Hospitalisation <input type="checkbox"/>	استشفاء <input type="checkbox"/>	Maternité <input type="checkbox"/>	أمومة <input type="checkbox"/>	Accident <input type="checkbox"/>	حادثة <input type="checkbox"/>	Maladie <input type="checkbox"/>	مرض <input checked="" type="checkbox"/>
--	----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	---

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

أشهده بصحبة كل ما ذكر أعلاه

Fait à : 26/09/2022 ب: في: 23 SEP 2022

Le : 26/09/2022 في: 23 SEP 2022

ج.م.د.م. (Signature de l'assuré)

ج.م.د.م. (Signature de l'assuré)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

أصر بصدقافية وصحية المعلومات المنكورة أعلاه

Le : 23 SEP 2022 ب: في: 23 SEP 2022

نفع وطاعن الطيب المعلم أو المؤسسة الصحية

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

Dr. SADIK Fouzia

• Cocher la mention **True** pour chaque case

**Description des actes effectués**

نوعي وظيفي الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	الى المفوتر Montant facturé	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	رمز العمليات Code des actes	نوع العمليات Date des actes
Dr. SADIK Fouzia Médecin 104, Rue Mimouza Bay Erraha TALASSO - 28000 Casablanca	200,00	01	19	23 SEP 2022
INPE et code à Barres 091122440				
INPE : 091122440				
INPE et code à Barres 1111111111111111				

CIM-10

## Actes Paramédicaux

نوع العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المقوّت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

تصنيف العمليات المحاسبة

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					العمليات الإحيائية، الأشعة والصور
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé, cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوت 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					
_____	_____	_____	_____	_____	

جريدة الوصفات التي تم تضييقها والتجهيزات الطبية المهمة

### **Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis**

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

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

**Docteur SADIK Fouzia**

**Médecine Générale**

**Echographie Générale**

104, Rue Mimosas (ex Rue des Ecoles)  
1<sup>er</sup> Etage - Beauséjour  
Casablanca - Tél. : 05 22.36.58.91

**الدكتورة صديق فوزية**

**الطب العام**

**الفحص بالصدى**

104، زنقة ميموزا (زنقة المدارس سابقا)

الطابق الأول - بوسيجور

الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 36.58.91

Casablanca, le : ..... 23 SEP. 2022 ..... الدار البيضاء ، في :

1<sup>me</sup> BELBEKRI Tousia

390,00  
13 - Galvas Met 50/1000 mg  
R.S

1170,00 7827,1

(HT de 03 mois)

Dr. SADIK Fouzia  
Médecin  
104, Rue Mimouza Hay Erraha  
Tél. 05 22 36.58.91 Casablanca

Dr. SADIK Fouzia  
Médecin  
104, Rue Mimouza Hay Erraha  
Tél. 05 22 36.58.91 Casablanca

6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390.00 DH

6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390.00 DH

6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390.00 DH

### 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 إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

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

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

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشرطي للأدوية المشتراء.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الائتمانية إلى الصندوق الوطني للضمائم الاجتماعي في طرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر، في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية  
المرجعية.

تعويض بعض الخدمات بطلب رهينا بطلب الموافقة  
المcisقة.

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع و كلايات  
اللُّصْنَدُوقُ الْوَطَنِيُّ لِلضَّمَانِ الْاجْتِمَاعِيِّ .

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية  
غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة. سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره

<b>توقيع وطابع الوكالة</b> <b>Cachet et signature de l'Agence</b>	<b>خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري</b> <b>Réservé à la DAMO</b>
<b>Identification de l'agent :</b> .....	

Cocher la mention utile pour chaque case

Accroître l'étiquette portant l'INPE ( Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barre.

ضمان الاجتماعي - ساحة داكار - الدار البيضاء ص-ب، 2186 الدار البيضاء المغطة - الهاتف: 060 203 3333  
CNSS Place de DAKAR Casablanca BP. 2186 Code Postal Téléphone : 060 203 3333

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

نوع العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	النوع المفتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
26/09/22	C3		400,00	Professeur Li RHUMATOLISTE Angle Bd Abdellatif Ben 4 <sup>me</sup> Elage N° 405 Casablanca Tel: 0522 36 21 93
INPE et code à Barres				
INPE: 091036608				
INPE et code à Barres				
INPE: 1111111111111111				

CIM-10

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

نوع العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres					
INPE: 1111111111111111					
INPE et code à Barres					
INPE: 1111111111111111					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الالحاء، الاشعة والصور

نوع العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الاشعة او الالحاء Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INPE et code à Barres				
INPE: 1111111111111111				
INPE et code à Barres				
INPE: 1111111111111111				

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممولة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

نوع التنفيذ Date d'exécution	النوع المفتر Prix facturé	توقيع الطبيب او موظف التجهيزات Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseur des dispositifs médicaux
26/09/22	209,10	PHARMACIE QULMES CASA S.A.R.L.A.U Angle Bd Ghandi et Yacoub El Mansour - Casablanca Tel: 0522 36 08 06
INPE et code à Barres	092047489	
27.09.22	193,48	
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

Professeur BENYAHYA Elouarda

Rhumatologue

Ex-enseignante à la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca

Spécialiste des maladies des os,  
des articulations et de la colonne vertébrale

Echographie Ostéoarticulaire

Mésothérapie



الدكتورة بنحيي الوردة

أستاذة سابقا بكلية الطب و الصيدلة  
بالدار البيضاء

أخصائية في أمراض المفاصل  
والعظام و العمود الفقري

الفحص بالصدى للمفاصل

الميزوثيرابيا

Casablanca, le : ..... 26 SEPT 2022 ..... الدار البيضاء في :

Nom, Prénom : ..... Belhadjni Touria

- Separation inter-oreil

- Atteinte Nocturne  
Habiles Valgus

193, 48

Centre pour soins et transfusions  
RHUMATOLOGUE  
Professeur E. BENYAHYA  
MATERNEL MEDICAL  
Vente en Magasin (GI)  
Boulevard Ghnadi, Casablanca  
Angle Bd. Abdelmoumen et Bd. Anoual  
4ème Etage N° 405 - Casablanca  
Tél: 05 22 86 21 93 - Fax: 05 22 86 51 75

Centre Abdelmoumen, Angle Bd. Abdelmoumen et Bd. Anoual, 4ème étage, n°405, Casablanca

Tél : 05 22 86 21 93 - GSM : 06 62 08 92 10 - Fax : 05 22 86 51 75 - Urgences : 06 61 07 33 32 - E-mail : e.benyahya@yahoo.fr

DEPOT GHANDI

Agent commercial :  
**HASNAA MOHTARAM**

Mode de règlement : ESPECE 193,48

ICE Client :

INP Client :

N° Client : CL000008

Clients Comptoirs Ghandi  
 MME BELBEKRI JOUHA

N°	Code TVA	Description	Quantité	P.U.TTC	Remise	P.U. Net .TTC	Montant TTC
F00054-05E	TVA20	SEPARATEURS EPAIS GROS ORTEIL - PAIRE M	1	48,00		48,0	48,0
930G37	TVA20	HALUX VALGUS GAUCHE 38-40	1	145,00		144,999996	144,999996

Code	Base	Taux	Montant
SANS TVA	0,48	0 %	0,00
TVA20	160,83	20 %	32,17
<b>Total</b>	<b>161,31</b>		<b>32,17</b>

Total HT 160,83  
 Droit timbre 0,48  
 Total TVA 32,17  
 Total TTC 193,48

Arrêtée la présente Facture à la somme de TTC :

\*\*\*\* CENT QUATRE MINUTS 63 27 28 05 22 00 22 22 info@locamed.ma - www.locamed.ma

LOCAMED SERVICE S.A.R.L AU CAPITAL 17.800.000 DHS - C.N.S.S : 2445642 - R.C. : 30269 - Patente : 25103476 - I.F. : 3315150

Siège Social : 11, rue Mamounia (ex CTM) - Rabat Siège Administratif : Angle Av. Med VI et Av. El Haouz - Rabat - Maroc

Tél. : 05 37 63 08 07 / 05 37 63 26 00 - Fax : 05 37 63 00 86 - ICE : 001526686000016 - info@locamed.ma - www.locamed.ma

**ASABLANCA**

Arjoun : 7, rue Lahcen Arjoun (en face hôpital 20 Août), quartier des Hôpitaux.

tel : 05 22 86 39 89 / 05 22 86 16 83 / 05 22 86 37 17

handi : 60, Boulevard Ghandi, quartier Essalam Tél : 05 22 94 20 43 / 05 22 86 22 22

oulmima : 627, rue Goulimima Casa-Anfa (à proximité hôpital My Youssef) Tél : 05 22 20 20 98 / 05 22 20 21 04

ôpitaux : 46, rue des hôpitaux Tél : 05 22 47 63 70 / 05 22 47 48 30

di Maârouf : Bd. Abou Bakr El Kadiri, Quartier Sidi Maârouf, (à côté de la Préfecture Al Mostakbal)

T : 05 22 33 57 89

**ABAT**

ribat Center : Av. Nations-Unies, Al Abtal, Inaouin et Omar Ibn Al Khattab, Agdal. Tél : 05 37 68 13 12

er : Angle Av. Mohamed VI et Av. El Haouz Tél : 05 37 63 27 28 / 05 37 63 26 05

lamounia : 11, rue Mamounia (ex CTM) centre ville Tél : 05 37 70 40 40 / 05 37 70 00 77

**ÉNITRA** Angle Avenue Ahmed Diori et Avenue Moulay Abderrahmane Tél : 05 37 36 74 28 / 05 37 37 74 75

**MOHAMMEDIA** Magasin N°4 immeuble B, place Mohammed V, résidence du Centre .Mohammedia Tél : 05 23 31 71 84

**MARRAKECH** Avenue, Yaacoub el Mansour N°: 2 Résidence Ahlam Guéliz (près de centre Américain) Tél : 05 24 43 15 00 / 05 24 43 14 30

**AGADIR** Marjane Agadir, Avenue Mohammed V, Founty, Agadir Tél : 05 28 38 67 49

**SAFI** Marjane Safi, Fkh Abdessalam El Mestari / 05 24 62 31 69

**BÉNI MELLAL** Carrefour Market, Boulevard Omar Ibn Al Khattab / 05 23 42 00 30

**FÈS** Angle Av. des FAR et rue Ahmed Chibhi (en face de central banque chaabi) Tél : 05 35 62 51 62 / 05 35 62 51 61

**MEKNÈS** 16, Avenue Amir Moulay Abdellah Manzeh , Meknes (à côté de Polyclinique Alaoui) Tél : 05 35 52 83 13

**TANGER** 6, résidence Saghinia2, Av. Sidi Mohamed Ben Abdellah Quartier Iberia, Tanger Tél : 05 39 33 55 40 / 05 39 37 23 67

**NADOR** Marjane Nador, route de Berkane commune Bouareg,Taouima / 05 36 38 33 99

## WARM-UP GEL

newflex

WARM-UP GEL  
GEL RECHALEMATIC

Décontracter et détendre les muscles et les tendons

For

Professeur BENYAHYA Elouarda

Rhumatologue

Ex-enseignante à la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de CasablancaSpécialiste des maladies des os,  
des articulations et de la colonne vertébrale

Echographie Ostéoarticulaire

Mésothérapie

Qu'est-ce que le newflex Warm-up Gel et comment doit-il être employé?  
newflex Warm-up Gel est conçu pour une application immédiate et directe, surtout avant

l'effort physique intensif. Il diminue la tension des muscles. Pour une application immédiate

et directe, appliquez le gel sur la peau et rincez à l'eau tiède.

الدكتورة بنحيي الوردة

استاذة سابقا بكلية الطب المصطبغة  
S.A.R.L.A.U

بالدار البيضاء

اخصائية في أمراض المفاصل والظامان

والعظام والعمود الفقري

الفحص بالصدى للمفاصل

الميزوثيرابيا

الدار البيضاء في : الدار البيضاء في :

Casablanca, le : 26 SEPT 2022

Nom, Prénom :

Belbekhi Bouraq

01/26  
138  
MFD 02/22ISOPHARM  
NEWFLEX  
WARM-UP  
94.80 dhs

94.80

10) New flex Express  
S.V

61.50

20) Motac 15 mg  
S.V

52.80

S.V

30) deoKs

209.10

S.V

PHARMACIE OULMES CASA  
S.A.R.L.A.UMobic® 15 mg  
Meloxicam  
14 comprimés sécables  
6 118000 040569Professeur  
RHUMATOLOGISTE  
Angle Bd. Abdelmoumen et Bd. Anoual  
4ème Etage N° 405 - Casablanca  
Tél : 0522 86 21 93 - Fax : 0522 96 51 75OEDES 20mg  
14 gélules  
6 118001 100071

Centre Abdelmoumen, Angle Bd. Abdelmoumen et Bd. Anoual, 4ème étage, n°405, Casablanca

Tél : 05 22 86 21 93 - GSM : 06 62 08 92 10 - Fax : 05 22 86 51 75 - Urgences : 03 61 07 33 32 - E-mail : e.benyahya@yahoo.fr

<b>RELEVE DES FAMILLES</b> <b>AMO</b>		<b>C N S S</b>	مرجع رقم : REF : 610-2-06 :
<b>Référence structurée : 221022551485606</b>		<b>Emis à Casablanca le : 00/00/00</b>	<b>Page : 1</b>
<b>Identifiant de la famille</b> تعریف العائلة		BELBEKRI TOURIA 99 RUE DES ROSES HYERRAHA CASABLANCA 2020	
N° d'immatriculation : 175684128 Léglement du mois : 10/2022 Mode de paiement : Virement			
<b>Informations :</b> معلومات :			

مرجع casé de	تاريخ العلاج Date de soins	العلیت Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف 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
<b>RIA</b>										
314	23/09/2022	C	MME SADIK FOZIA	200,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70	56,00
314	23/09/2022	PH	PHARMACIE ALWOUROUD	1 170,00	1 170,00	1,00	1,00	1 170,00	70	819,00
329	26/09/2022	CS	MME BENYAHYA ELOUARDA	400,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
29	26/09/2022	PH	PHARMACIE OULMES	209,10	113,70	1,00	1,00	113,70	70	79,59
<b>Total remboursé pour TOURIA</b>										<b>1 059,59</b>