

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 canaux, 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 canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

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

W21-840410

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1839 Société : 203441

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TAOUFI - AHMED

Date de naissance : 12-9-1953

Adresse : 11 RUE EL KHAYATAM - TANGER

Tél. : 06 65131233

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

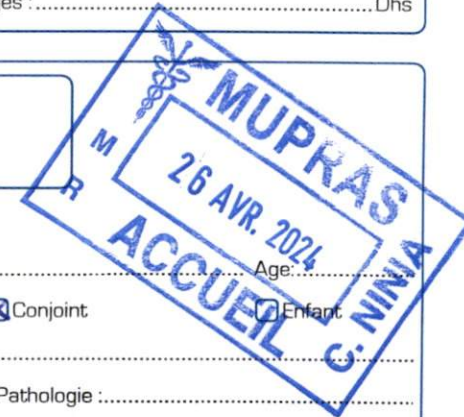
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : TANGER Le : 04/4/2024

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

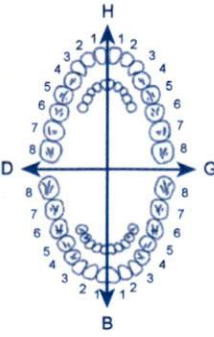
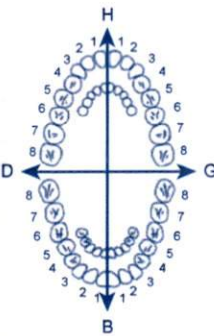



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

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	

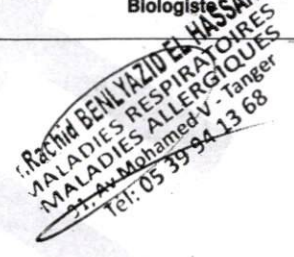
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES					
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.					
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.					
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montant des Honoraires <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION


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 traitant	
01.02.24		C	300	 <p>Dr. Rachid BENLYAZID EL HASSANI MALADIES RESPIRATOIRES MALADIES ALLERGIQUES 91, Av Mohamed V - Tanger Tel: 05 39 94 13 68</p>	
INPE et code à Barres 161023932					
INPE et code à Barres 161023932					

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	
Vita C1000® 100 Comprimés effervescent					 <p>Pharmacie de Paris Mme SOUFIANE SOUAD Pharmacienne 8, Place de France - TANGER Tel: 05 39 93 64 24</p>	
INPE et code à Barres 161023932						
Spectrum® 500mg Comprimés						
INPE et code à Barres 161023932						

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	
01.02.24		K ₁₀	200	 <p>Dr. Rachid BENLYAZID EL HASSANI MALADIES RESPIRATOIRES MALADIES ALLERGIQUES 91, Av Mohamed V - Tanger Tel: 05 39 94 13 68</p>	
INPE et code à Barres 161023932					
INPE et code à Barres 161023932					

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
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
01.02.2024	14540	 <p>Pharmacie de Paris Mme SOUFIANE SOUAD Pharmacienne 8, Place de France - TANGER Tel: 05 39 93 64 24</p>
INPE et code à Barres 161023932		
INPE et code à Barres 161023932		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

 الضمان الاجتماعي ١٤١٥٠٢١ ١٤١٥٠٢١ CNSS	البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري Relevé périodique des prestations AMO		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. : 610-2-06 : مرجع رقم
	Emis à : CASABLANCA Le : 14/02/2024	أصدر ب : بتاريخ :	Page 1 / 1 الصفحة
N° d'immatriculation 192135518 Règlements de la période du : 14/02/2024 : من au : 14/02/2024 : إلى		Destinataire OURIAGHLI AMINA المرسل إليه	

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استقذتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الاداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de rembour- sement	Taux de rembour- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
OURIAGHLI AMINA											
148346830	01/02/2024	PH	PHARMACIES D	145,40	0,00	1,00	3,00	0,00	0,00	14/02/2024	91,77
148346830	01/02/2024	CS	OFFICINES PNEUMO-PHTISIOLOGIE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	14/02/2024	105,00
148346830	01/02/2024	T205	PNEUMO-PHTISIOLOGIE	200,00	160,00	16,00	1,00	160,00	70,00	14/02/2024	112,00
Total remboursé											308,77
Total général remboursé											308,77

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

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 7200

للمزيد من المعلومات:

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
أو تطبيق الهاتف
أو الاتصال بالمعجب الآلي على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

Docteur Rachid BENLYAZID EL HASSANI

Maladies Respiratoires - Maladies Allergiques

Tuberculose - Asthme

الدكتور رشيد بن اليزيد الحسني

أمراض التنفس • أمراض الحساسية

مرض السل • الربو (الضيق)

Tanger, le 01 02 2024 طنجة في

Mme OURIAGHLI AMINA

Reçu la somme de 200 DH pour RX THORAX

Dr. Rachid BENLYAZID EL HASSANI
MALADIES RESPIRATOIRES
MALADIES ALLERGIQUES
91, Av Mohamed V - Tanger
Tél: 05 39 94 13 68

Docteur Rachid BENLYAZID EL HASSANI

Maladies Respiratoires - Maladies Allergiques

Tuberculose - Asthme

الدكتور رشيد بن اليزيد الحسني

أمراض التنفس • أمراض الحساسية

مرض السل • الربو (الضيق)

Tanger, le 01/02/2024 طنجة في

Mme OURIAGHLI AMINA

RX THORAX

IMAGE THORACIQUE NORMALE

Dr. Rachid BENLYAZID EL HASSANI
MALADIES RESPIRATOIRES
MALADIES ALLERGIQUES
91, Av Mohamed V - Tanger
Tél: 05 39 94 13 68

إقامة يسمينة 91 شارع محمد الخامس الطابق الثاني رقم 5 الهاتف : 0539 94 13 68 المحمول : 0661 16 46 64

Résidence Yasmina 91, Av. Mohammed V 2ème étage N° 5 Tél : 0539 94 13 68 Mobile : 06 61 16 46 64 - TANGER

Docteur Rachid BENLYAZID EL HASSANI

Maladies Respiratoires - Maladies Allergiques

Tuberculose - Asthme

الدكتور رشيد بن اليزيد الحسني

أمراض التنفس • أمراض الحساسية

مرض السل • الربو (الضيق)

Tanger, le 01/02/2024 طنجة في

Mme OURIAGHLI AMINA

1/ SPECTRUM 500 mg cp

1 cp matin et soir x 5 j

2/ VIT C cp

1 cp le matin x 10 j

3/ D-CURE 25000 UI

1 ampoule / semaine x 4 semaines

7480

1430

5630

14540

صيدلية بياريسين
Pharmacie de PARIS
Mme SOUFIANE Souad
Pharmacienne
8, Place de France - TANGER
Tél 05 39 93 64 24

Dr. Rachid BENLYAZID EL HASSANI
MALADIES RESPIRATOIRES
MALADIES ALLERGIQUES
91, Av. Mohamed V - Tanger
Tél: 05 39 94 13 68

إقامة بسمينة 91 شارع محمد الخامس الطابق الثاني رقم 5 الهاتف : 0539 94 13 68 المحمول : 0661 16 46 64

Résidence Yasmina 91, Av. Mohammed V 2ème étage N° 5 Tél : 0539 94 13 68 Mobile : 06 61 16 46 64 - TANGER

Spectrum®

500 mg

Comprimés pelliculés 10 x

COOPER
PHARMA



Fabriqué par / من صنع
COOPER
Pharmaceuticals
41, Rue Med DIOURI 20110 Casablanca
Pharmacie responsable :
Amina DAUDI

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترام الجرعات الموصوفة
Uniquement sur ordonnance
لا يباع إلا بوصفة طبية

Tableau A (Liste II / 11) جدول أ (لائحة 11 / 11)

COOPER
PHARMA

SPÉCTRUM - GROSSESSE - DANGER
سبكتروم - الحمل - خطر
Il est préférable d'éviter d'utiliser
SPECTRUM pendant la grossesse
يفضل تجنب استعمال سبكتروم أثناء الحمل

ستينساكس
ستيفولاسكس

500 mg

087

١٠٠٠

١٠٠٠

(فيتامين س)
10 أقراص فائرة



Vita C1000®

PPV 14DH30
EXP 08/2026
LOT 34031 21

FORMULE :

Acide ascorbique (Vitamine C).....1g غ 1
Excipients q.s.p1 comprimé effervescent قرص فائز واحد

EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE:

Sodium - Saccharose - Jaune orangé S
Voir notice pour plus d'informations

تركيبة الدواء :
حمض الأسكوربيك (فيتامين س)
السواغات المعروفة بتأثيرها :
الموديوم - الساكاروز - أصفر برتقالي S
أنظر النشرة للمزيد من المعلومات

Cette boîte contient 10 g d'acide ascorbique. تحتوي هذه العلبة على 10 غ من حمض الأسكوربيك.

مخابر المستحضرات الصيدلانية لشمال إفريقيا - 21، زقة الأوداية - الدار البيضاء - المغرب
LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'AFRIQUE DU NORD - 21, RUE DES OUDAYA - CASABLANCA - MAROC

Laprophan
لابروفان

Vita C1000®

(VITAMINE C)

10 Comprimés effervescents



Laprophan

Spectrum®

ciprofloxacin



Comprimés pelliculés 10 x



COOPER
PHARMA

Pharmacie responsable :
Amina DAOUDI
41, Rue Mad DIOURI 20110 Casablanca
COOPER PHARMA
Fabriqué par / من صنع

Uniquement sur ordonnance
احفظ الجرعات الموصوفة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Tableau A (Liste II) / (الجدول II)
جرعة



SPECTRUM + GROSSESSE = DANGER
خطر الحمل + سبترم
Il est préférable d'éviter d'utiliser
SPECTRUM pendant la grossesse
تجنب استخدام سبترم أثناء الحمل

10 x اقراص سبترم



سبترم
سبترم

74,80