

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 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 une fois par an.

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.

S

FR41FR05 / ve2 / 20-10-2023

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e] **1034** Société : **203441**

Matricule : **TA01131-AHMED**

Actif Pensionné[e] Autre :

Nom & Prénom : **TA01131-AHMED**

Date de naissance : **11-9-1952**

Adresse : **11, Rue 1301 TAITAM, TANGER**

Tél. : **06 6513 12 33** Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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 :

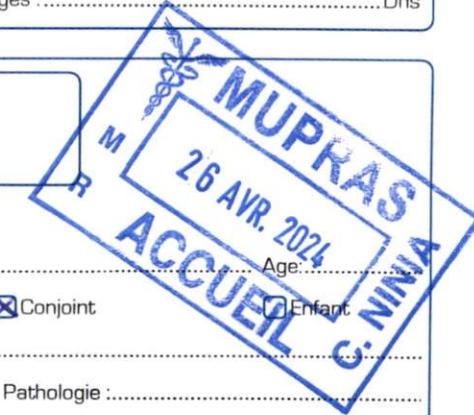
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

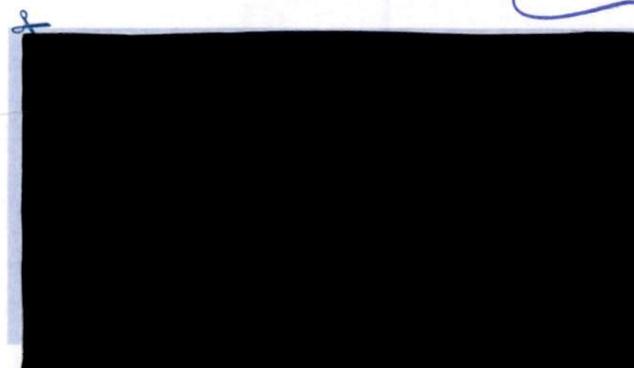
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 / 04 / 2024**

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

وصف العمليات المجرأة

نوع وظيفة الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	المبلغ المفروض Montant facturé	معامل العمليات Lettre clé + cotation NGAP	رمز العمليات Code des actes	نوع العمليات Date des actes
	300	C		01.02.24
INPE et code à Barres  161023932				
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1				

CIM-10

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدات الطبيعية

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوترة Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
Vita C 1000® 10 Comprimés effervescents					
					
6 118000 032069					
INPE et code à Barres	_____	_____	_____	_____	_____
Spectrum® Coprofloxacine 10 Comprimés					
					
6 118000 081456					
INPE et code à Barres	_____	_____	_____	_____	_____
32AH 15	_____	_____	_____	_____	_____

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة والصور

نوعي وظايع طبیب الأشعنة او الإحياني Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	المبلغ المفوتر Montant facturé	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	رمز العمليات Code des actes	تاريخ العمليات Date des actes
<i>Rachid BENLYAZID EL HASSAIN MALADIES RESPIRATOIRES MALADIES ALLERGIQUES Dr. Mohamed V - Tanger Tel: 05 39 94 13 68</i>	200	2,10		01.02.24
INPE et code à Barres INPE 161023937				
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1				

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

**توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات
الطبية**

01.02.2024	14540	INPE et code à Barres 1162020846
		INPE et code à Barres 111111111111

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

Prestations et services non pris en charge par l'organisme d'assurance			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

 الضمان الاجتماعي CNSS	البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. : 610-2-06 مرجع رقم : 14/02/2024
	Relevé périodique des prestations AMO		
	Emis à : CASABLANCA Le : 14/02/2024	أصدر ب : بتاريخ :	Page 1 / 1
Nº 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 استقدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

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

- 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 بالمجيب 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 طنجة في
01/02/2024

Mme OURIAGHLI AMINA

Reçu la somme de 200 DH pour RX THORAX

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

إقامة يسمى 91 شارع محمد الخامس الطابق الثاني رقم 5 الهاتف : 0539 94 13 68

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 طنجة في
01/02/2024

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 يسمى 91 شارع محمد الخامس الطابق الثاني رقم 5 الهاتف : 0539 94 13 68

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

Tanger, le 01/02/2024 طنجة في

Mme OURIAGHLI AMINA

1/ SPECTRUM 500 mg cp

1 cp matin et soir x 5 j

1s

7480

2/ VIT C cp

1 cp le matin x 10 j

1s

1430

3/ D-CURE 25000 UI

1 ampoule / semaine x 4 semaines

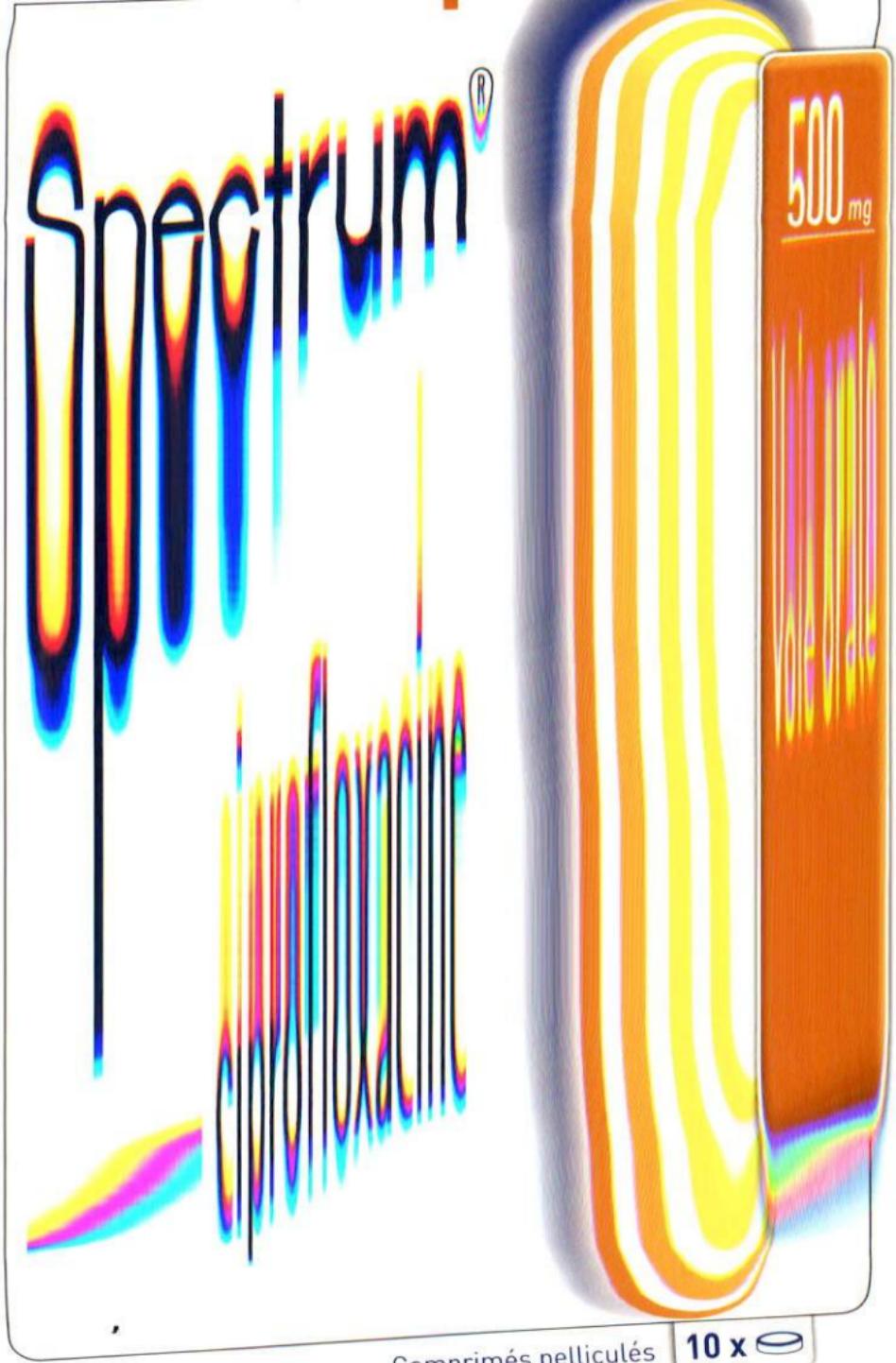
1s

5630

صيادلة ليسة باريس
Pharmacie de PARIS
Mme SOUFIANE Souad
Pharmacienne
8, Place de France - TANGER
Tél 05 39 93 64 24

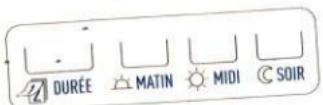
Rachid BENLYAZID EL HASSANI
MALADIES RESPIRATOIRES
MALADIES ALLERGIQUES
91, Av Mohammed V - Tanger
Tél: 05 39 94 13 68

14540



Comprimés pelliculés

10 x



COOPER PHARMA

Amma DAOUDI
Pharmacien responsable :
41, Rue Med DIOURI 20110 Casablanca
Téléphone : 0524 22 11 11
Email : amma_daoudi@msn.com

RESPÉCER LES DOSES PRÉSCRITES
Tableau A (liste II) / (1 à 24) Jours

COOPER PHARMA
Fabriqué par : EMA

Il est préférable d'éviter d'utiliser

SPECTRUM pendant la grossesse

Il est préférable d'éviter d'utiliser

SPECTRUM + GROSSEUR = DANGER

COOPER PHARMA

500 mg



٢٠٢٣-٢٠٢٤



FORMULE :

Acide ascorbique (Vitamine C) 1g ١ غ حمض الأسكوربيك (فيتامين سي)
Excipients q.s.p 1 comprimé effervescent قرص فائز واحد النوع كمية كافية

EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE:

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

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

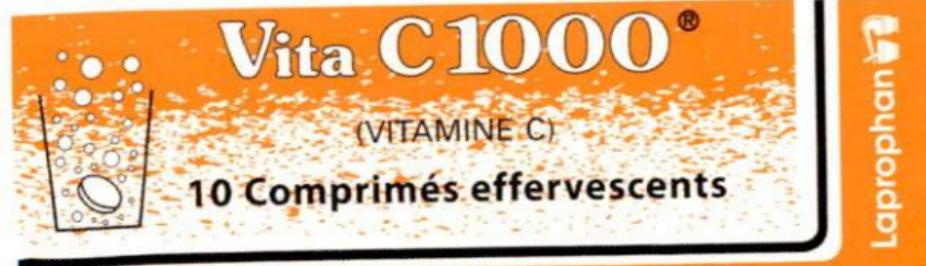
مختبر المستحضرات الصيدلية لشمال إفريقيا - 21. زنقة الأوداية - الدار البيضاء - المغرب
Laprophan - LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'AFRIQUE DU NORD - 21, RUE DES OUDAYA - CASABLANCA - MAROC

تركيبة الدواء :

حمض الأسكوربيك (فيتامين سي)
النوع كمية كافية

السواغات المعروفة بتاثيرها:

الصوديوم - الساکاروز - أصفر برتقالي S
انظر الشرة للمزيد من المعلومات



Vita C 1000®

PPV 14DH30
EXP 08/2026
LOT 3403121

Spectrum®

ciprofloxacine



Comprimés pelliculés

10 x



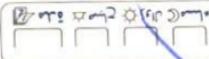
COOPER
PHARMA

AMINA DAOUDI
Pharmacie de la Gare
41, Rue Med DIOUR 20110 Djeddah
Téléphone : 011 340 00 41
Téléfax : 011 340 00 41
Email : amina_daoudi@msn.com

Uniquement sur ordonnance
33 mg/11 comprimé

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Tableau A (liste 1) / (liste 1) 1/2



SPECTRUM + GROSSESSE - DANGER
Il est préférable d'éviter d'utiliser SPECTRUM pendant la grossesse.

COOPER
PHARMA

10 x

500

د ٥٠٠

٥٠٠