

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° M21- 0011333

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02658 Société : RAM 18143

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MENIAR EL MENIARI

Date de naissance : 30/06/58

Adresse : Casablanca

Tél. : 06 72 8333 90 Total des frais engagés : 1.872,70 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 :

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 Le : 07 / 06 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



CAISSE NATIONALE DES ORGANISMES
DE PRÉVOYANCE SOCIALE
Gestionnaire de l'Assurance maladie Obligatoire

Recherche

PRODUCTEURS DE SOINS

ASSURÉS

EMPLOYEURS

CNOPS

Accueil > Application > assure app

[\(/portailapps/www/index.php/assures/authentification\)](#)
[Remboursements](#)
[Prises en charge](#)
[Immatriculation](#)

Menu ▾



En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, La CNOPS est l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 83 de ladite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie)

Information

EN COURS DE TRAITEMENT 2

PAYE

Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

| Nb.Dossier(s) | Date de réception | Date Paiement | Mode Paiement | Bénéficiaire | Frais engagés | AMO | Mutuelle | Total |
|---------------|-------------------|--------------------|---------------|--------------|---------------|----------|----------|----------|
| 2 | - | 12/03/2022 | Virement | - | 1 877,70 | 592,54 | 199,66 | 792,20 |
| 72295326 | 01/02/2022 | Payé en : 39 jours | | ZINE TOURIA | 1 347,50 | 349,40 | 122,60 | 472,00 |
| 72295379 | 01/02/2022 | Payé en : 39 jours | | ZINE TOURIA | 530,20 | 243,14 | 77,06 | 320,20 |
| 1 | - | 03/02/2022 | Virement | - | 9 408,40 | 4 336,22 | 1 029,38 | 5 365,60 |
| 1 | - | 15/10/2021 | Virement | - | 3 250,00 | 1 320,00 | 30,00 | 1 350,00 |

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : Télécharger (<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cnops.app&hl=fr>)

★★★★★



MME ZINE TOURIA
NR 179 LOT DANDOUNE SIDI
MAAROUF
CASABLANCA
CASABLANCA PRINCIPAL
20001

Accusé de Réception

| | | | |
|----------------------------------|----------------------|----------------------|------------------|
| N° de Dossier : | 72295379 | Date et heure : | 01/02/2022 11:20 |
| Nom et prénom Assuré : | ZINE TOURIA | | |
| Immatriculation : | 43874741 / 500397558 | | |
| Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: | ZINE TOURIA | | / 01 |
| Type de dossier : | FEUILLE DE SOINS | | |
| Lieu de réception : | CASA SIEGE 40113 | | |
| Valeur en Dirhams : | 530,20 | Nombre de pièces : | 1 |
| Code Etablissement : | | Agent de réception : | M4M1194 |
| Nom Etablissement : | | | |

La feuille de soins doit être renseignée, signée et accompagnée des pièces originales nécessaires (ordonnance médicale, factures, codes à barres, etc.);

Les résultats des analyses biologiques ne sont pas exigés lors du dépôt des dossiers de demande de remboursement au niveau de votre Mutuelle. Les résultats des examens radiologiques ne sont pas également exigés sauf pour des cas précis (Visitez le site de la CNOPS pour plus de détail);

La feuille de soins doit porter l'INPE du médecin traitant et des professionnels de soins, ainsi que leur cachet, leur signature et la date des actes;

Le remboursement des dossiers de maladie s'effectue sur la base de la Tarification Nationale de Référence;

Le dossier de remboursement doit être adressé ou présenté à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il s'agit d'un traitement continu. Dans ce cas, le dossier doit être présenté dans les 60 jours qui suivent la fin du traitement;

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. (Article 135 de la Loi 65 - 00);

Pour plus d'informations, visitez le site www.cnops.org.ma ou le site de votre mutuelle.

Pour l'Assurance Maladie Obligatoire des Etudiants (AMO) les bénéficiaires doivent renseigner leurs noms, le n° de la CIN et adresser le dossier de remboursement à la CNOPS au 4, rue Al KHALI, B.P 209- Rabat.

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتوقيع عليها وإرفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسلية للأدوية، إلخ...).

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاضدية ولا بالإدلاء بنتائج الفحوصات الإشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (زوروا موقع الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل).

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقي مهنيي الصحة وتوقيعهم وختمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفية الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاضدية التي تنتمون إليها خلال الشهرين المواليين لتاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوما ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج.

يعاقب بغرامة وبراءة المبالغ المقبوضة بغير حق دون الإخلال بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة (المادة 135 من القانون 65-00).

للمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصندوق www.cnops.org.ma أو الموقع الإلكتروني للتعاضدية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMO) يجب على المستفيدين تدوين إسمهم و رقم بطاقة تعريفهم الوطنية و إرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زرقة الخليل ص.ب 209 الرباط.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : / / : تاريخ الإيداع



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

رقم الهاتف (اختياري): N° du Tél (optionnel):

خاص بالمؤمن له (ة) Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي : Nom et prénom : **Touma ZINE**

رقم الانخراط : N° Affiliation : **363108**

رقم التسجيل : N° Immatriculation : **4132 874741**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : N° CIN : **8377 280**

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن (ة) : Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : **Conjoint** ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن

العنوان : Adresse : **179 lot Jandoum Sidi Yacoub Casa Blanche**

إجمالي المصاريف (بالدرهم) : Montant des frais (Dhs) : **530**

عدد الوثائق المرفقة : Nombre de pièces jointes : **1**

تصريح الطبيب المعالج Déclaration du médecin traitant

الاسم العائلي والشخصي : Nom et prénom : **Zine Touma**

تاريخ الميلاد : Date de naissance : **05/02/1958**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : N° CIN : **8377 280**

الجنس : Sexe : **Masculin** ☐ ذكر ☐ Féminin ☐ أنثى

تعريف الطبيب المعالج Identification du médecin traitant

N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE)

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج

Type de soins

Maladie* ☐ مرض *
Maternité* ☐ أمومة *
Hospitalisation* ☐ إستشفاء *
Accident* ☐ حادث *

تم تقديم الظرف المغلق : Pli confidentiel remis* : **oui** ☐ non ☐
تاريخ الحمل : Date de grossesse :
التاريخ المرتقب للولادة : Date prévue d'accouchement :
تاريخ الاستشفاء : Date d'hospitalisation :
تاريخ الحادث : Date d'accident :
أسباب الحادث : Causes :

Fait à : Le :
توقيع المؤمن (ة) : Signature de l'assuré (e) :
أشهاد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Fait à : Le :
أصبح بمصادقية وطاعة للمعلومات المذكورة أعلاه : Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

أشهاد بصحة كل ما ذكر أعلاه : J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

توقيع وطابع الطبيب المعالج : Signature et Cachet du Médecin traitant :
الطبيب المعالج : Le médecin traitant :
Cachet et Signature du Médecin traitant :
Casablanca - Tél : 05 22 39 4

* Cocher la mention utile pour chaque case

* ضع علامة في الخانة المناسبة

وصف العمليات المجراة

[illegible]

CIM - 10

جاءت التوصيات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المعونة

| تاريخ التنفيذ Date d'exécution | الثمن المفوتر Prix facturé | توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux |
|-----------------------------------|-------------------------------|---|
| 05/01/2022 | ١٣٠,٢٥ | PHARMACIE ELOOBS DR. OTMAN MENIAR Lousserrien LAI Hamdane Derroua Tel : 06200 112 |
| | INP : 9620910816 | |
| | INP : | |
| | INP : | |

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

عمليات الاحياء، الأشعة والصور

| تاريخ العمليات Dates des actes | رمز العمليات Code des actes | معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP | قيمة المعامل Valeur Clé | المبلغ المقوتر Montant facturé | توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste |
|-----------------------------------|--------------------------------|---|----------------------------|-----------------------------------|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| INP : <input type="text"/> | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| INP : <input type="text"/> | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| INP : <input type="text"/> | | | | | |

عمليات المساعدين الطبيين

| تاريخ العمليات Dates des actes | رمز العمليات Code des actes | معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP | قيمة المعامل Valeur Clé | المبلغ المقوتر Montant facturé | توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical |
|-----------------------------------|--------------------------------|---|----------------------------|-----------------------------------|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| INP : <input type="text"/> | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| INP : <input type="text"/> | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| INP : <input type="text"/> | | | | | |

Professeur EL HAMAOUI Youssef
Psychiatre - Psychotérapeute



Ancien Professeur de Psychiatrie à la Faculté de Médecine de Casablanca
Ancien Médecin Responsable du service des Urgences Psychiatriques
au CHU Ibn Rochd

Ancien Psychiatre des hopitaux de Lyon, France
Hyponse Médicale
Thérapie Interpersonnelle
Thérapie Cognitive et Comportementale

Sur Rendez-vous

الدكتور الحماوي يوسف
طبيب نفساني

أستاذ سابق للطب النفسي بكلية الدار البيضاء
طبيب سابق مسؤول بمصلحة المستعجلات
النفسانية بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد
طبيب نفسي سابق بمستشفى ليون بفرنسا
التنويم المغناطيسي الطبي
العلاج النفسي بين شخصين
العلاج السلوكي المعرفي
بالميعاد

Casablanca le 05/05/2022 الدار البيضاء

Zine Zouina

130,20

① Trize (2 sing)

164

PHARMACIE ELQOUDS
DR. OTIMAN MENIAR
Lotissement Al Hand N°9 Deroua
Tel 0520 040 412

TRE-ZEN® 20mg
Chlorhydrate de paroxétine
30 comprimés
pelliculés sécables



PPV 1305-20
PER 06/23
LOT 61680

Professeur EL HAMAOUI Youssef
Psychiatre - Psychotérapeute
227, Bd. Ghandi 2ème étage, N° 03
Casablanca - Tél. 05 22 99 47 27

227, Bd. Ghandi, 2ème étage, N°3 - Casablanca
Tél.: 05 22 99 47 27 - 06 00 08 00 52- 07 00 02 98 77 - Fax : 05 22 99 47 27
E-mail : elhamaoui@gmail.com - Site Web : www.coinpsy.org - Facebook : www.facebook.com/Pr.elhamaoui/



MME ZINE TOURIA
NR 179 LOT DANDOUNE SIDI
HAAROUF
CASABLANCA
CASABLANCA PRINCIPAL
20001

Accusé de Réception

| | | | |
|----------------------------------|----------------------|----------------------|------------------|
| N° de Dossier : | 72295326 | Date et heure : | 01/02/2022 11:19 |
| Nom et prénom Assuré : | ZINE TOURIA | | |
| Immatriculation : | 43874741 / 500397558 | | |
| Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: | ZINE TOURIA | | / 01 |
| Type de dossier : | FEUILLE DE SOINS | | |
| Lieu de réception : | CASA SIEGE 40113 | | |
| Valeur en Dirhams : | 1 347,50 | Nombre de pièces : | 1 |
| Code Etablissement : | | Agent de réception : | M4M1194 |
| Nom Etablissement : | | | |

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, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle 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.

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 CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

Instructions à suivre

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

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

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المنشترية وأتمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاضدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفية الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

Reception
- 1 FEB. 2022
O.M.F.A.M.

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
REF ANAM 1.1.01.01 مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : Touina ZINE الاسم العائلي والشخصي

N° Affiliation : 363178 رقم الإنخراط

N° Immatriculation : 432874741 رقم التسجيل

N° CIN : B377280 رقم بطاقة التعريف الوطنية

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *

Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن
Adresse : Ag. B. Boudaoui, Sidi Yacoub, Cas. S. S. S. العنوان

Montant des frais (Dhs) : 1.347.50 مبلغ المصاريف (درهم)

Nombre de pièces jointes : 1 عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : Touina ZINE المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : Touina ZINE الاسم العائلي والشخصي

Date de naissance : 05.02.1958 تاريخ الإزدياد

N° CIN : B377280 رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe : M أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 091778602 الرقم الوطني الإستدلاي للممارس

Type de soins : نوع العلاجات

Maladie * ☒ مرض * Pl. confidentiel remis* : Oui ☐ Non

Maternité * ☐ ولادة * Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Hospitalisation * ☐ إستشفاء * Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Accident * ☐ حادث * Causes :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.

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

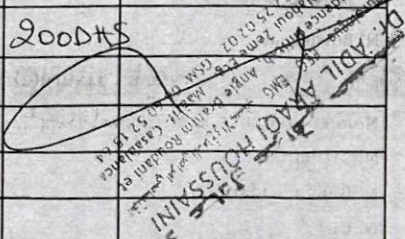
Fait à : Ag. B. Boudaoui حرر بـ

le : 31.01.2022 في

Signature de l'assuré(e) : Touina ZINE توقيع المؤمن له (لها)


Cachet et signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins : ASIA * أنشطة الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

| description des actes effectués | | | | | وصف العمليات المجرىة | |
|----------------------------------|--------------------------------|---|----------------------------|-----------------------------------|--|--|
| تاريخ العمليات Date des actes | رمز العمليات Code des actes | معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP | قيمة المعامل Valeur Clé | المبلغ المفوتر Montant facturé | توقيع وطابع طبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant | |
| 15/01/2022 | | | | 2000T\$ |  | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

CIM-10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات 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 |
|-----------------------------------|-------------------------------|--|
| 15/01/2022 | 1.147,50 |  |
| | | |
| | | |
| | | |

INP : []

| Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie | | | | | عمليات الأحياء الإشعاعية و الصور | |
|---|--------------------------------|---|----------------------------|-----------------------------------|---|--|
| تاريخ العمليات Dates des actes | رمز العمليات Code des actes | معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP | قيمة المعامل Valeur Clé | المبلغ المفوتر Montant facturé | توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الأحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

INP : []

INP : []

INP : []

| Actes Paramédicaux | | | | | عمليات المساعدين الطبيين | |
|-----------------------------------|--------------------------------|---|----------------------------|-----------------------------------|---|--|
| تاريخ العمليات Dates des actes | رمز العمليات Code des actes | معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP | قيمة المعامل Valeur Clé | المبلغ المفوتر Montant facturé | توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

INP : []

INP : []

INP : []

Cabinet de Neurologie

Dr Adil ARAQI-HOUSSAINI
Neurologue
Electro-encéphalogramme (EEG)
Vidéo EEG
Electro-Neuro-Myogramme (EMG)

المختص في أمراض الدماغ والأعصاب
التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)
إقامة الانفتاح - زاوية براهيم الروداني والنحاس النحوي - الطابق الثاني فوق البنك العقاري والسياحي - المعاريف - الدار البيضاء
Résidence Infatih - Angle Bراهيم Roudani et Nahass Nahoui (Ex Pelvoux) 2^{ème} étage- Maarif- Casablanca
Tel/Fax : 0522 25 02 02 / 05 222 555 66 - Whatsapp : 06 23 819 721
Email : adilaraqih@hotmail.com Site web : www. neurologue.ma



عيادة أمراض الدماغ والأعصاب

د. عادل العراقي الحسيني
المختص في أمراض الدماغ والأعصاب
التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)
إقامة الانفتاح - زاوية براهيم الروداني والنحاس النحوي - الطابق الثاني فوق البنك العقاري والسياحي - المعاريف - الدار البيضاء
Résidence Infatih - Angle Bراهيم Roudani et Nahass Nahoui (Ex Pelvoux) 2^{ème} étage- Maarif- Casablanca
Tel/Fax : 0522 25 02 02 / 05 222 555 66 - Whatsapp : 06 23 819 721
Email : adilaraqih@hotmail.com Site web : www. neurologue.ma



casablanca le : 15/01/2022

ZINE TOURIA

141,60 x 3
424,80

• LIRAPYN 75 mg
1 Gélule, soir, pendant 3 mois

146,90 x 3
440,70

• HONART FORTE
1 Gélule, matin, soir, pendant 15 jours Puis 1 Gélule, midi, pendant 15 MOIS

94,00 x 3
282,00

• MYDOFLEX 150 mg
1 Comprimé, soir, pendant 3 mois

1.147,50

PHARMACIE ELOOBS
DR. OTHMAN MENIAR
Lotissement Al Hamd N°9 Deroua
Tel 0520 040 412

Dr. ADIL ARAQI-HOUSSAINI
Neurologue EEG EMG
Résidence Infatih, Angle Bراهيم Roudani et Nahass Nahoui 2ème Étage, Maarif- Casablanca
Tel : 05 22 25 02 02 GSM : 06 23 819 721

3 MOIS

Lot N°: PTC0933C
EXP.: 02/2023

PPV: 141 DH 60

Lirapyn® 75 mg
30 gélules



Lot N°: PTC0933C
EXP.: 02/2023

PPV: 141 DH 60

Lirapyn® 75 mg
30 gélules



Lot N°: PTC0933C
EXP.: 02/2023

PPV: 141 DH 60

Lirapyn® 75 mg
30 gélules



Lot N°: PTC0933C
EXP.: 02/2023

PPV: 141 DH 60

Lirapyn® 75 mg
30 gélules



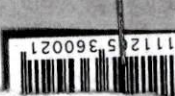
LOT : CA180
EXP : 11/24
PPC : 146,90 DH



LOT : CA180
EXP : 11/24
PPC : 146,90 DH



LOT : CA180
EXP : 11/24
PPC : 146,90 DH



LOT : CA180
EXP : 11/24
PPC : 146,90 DH



LOT : CA180
EXP : 11/24
PPC : 146,90 DH



LOT: 3855
EXP: 11 2023

