

## 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

- 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.

**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° W21-798015

payé

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 178489

Matricule : 17839 Société : .....

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : TAOUZI- AHMED

Date de naissance : 12-9-1952

Adresse : 11 RUE BEN HAITAM - TANGER

Tél. : 06 65231233 Total des frais engagés : ..... Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : .....

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 : TANGER

Le : 20 / 9 / 2023

Signature de l'adhérent(e) : .....



[illegible][illegible]

<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>			
<b>Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</b>	<b>Date</b>	<b>Désignation des Coefficients</b>	<b>Montant des Honoraires</b>

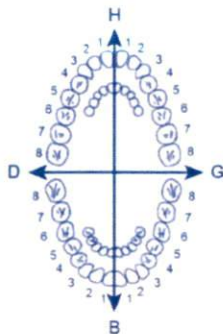
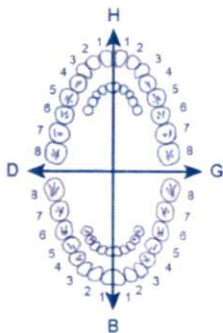
[illegible]

# 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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
<b>O.D.F.</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000            00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

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

الصفحة 203 من 203



Description des actes effectués						وصف العمليات المجرة	
تاريخ العمليات Date des actes		رمز العمليات Code des actes		معاملات العمليات Lettre clé+ cotation NGAP		المبلغ المفوتر Montant facturé	
						توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	
26/04/2023				C	(250917)		
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _							
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _							

[illegible]

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie						عمليات الإحصاء، الأشعة والصور	
تاريخ العمليات Date des actes		رمز العمليات Code des actes		معامل العمليات Lettre clé + cotation NGAP / NABM		المبلغ المفقوت Montant facturé	
						توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحصائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
26/04/23		1R4 CEREBRAle		3000		<b>RADIOLOGIE DU NORD</b> <b>Dr. Bensouda Ahmed</b> 5 Rue Ben Attia (Bd. Rue de Fes) - Tanger Tél.: 0539 37 47 50 - 0643 77 89 50	
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _  INPE 161 2079 72						LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES Medi-Lab Dr. Y. SEKAT 60 Av. Omar Ibn Khatab - Tanger Tél: 05 39 32 22 90 - Fax: 05 39 32 25 90 IMP: 161 2079 72	
29.04.23				0.00		LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES Medi-Lab Dr. Y. SEKAT 60 Av. Omar Ibn Khatab - Tanger Tél: 05 39 32 22 90 - Fax: 05 39 32 25 90 IMP: 161 2079 72	
INPE et code à Barres 111630212362							

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

**Dr. El Youssfi Abdennasser**

**Neurochirurgien**

**Crâne, Cerveau, moelle épinière  
et colonne vertébrale**



**الدكتور اليوسفي عبد الناصر**

**اختصاصي في أمراض وجراحة الرأس  
والعمود الفقري والجهاز العصبي**

**ORDONNANCE**

Tanger, Le : .....

26/04/2023

M<sup>me</sup>

**OURIAGHI AMINA**

**M TANAKAN Solu** (2) 678°

1/2 pipette x 2 fois x 2 fois

**y CETANGL 1000** (2) 1450

1 - 0 - 1

x 100g

**Dr. El Youssfi Abdennasser**  
Neurochirurgien  
Place des Nations 112, Rés. Redoaune,  
2ème étage N° 35, Avenue Méd V - Tanger  
Tél.: 0539 94 63 63 - GSM: 0661 27 81 91

صيدلية إيماريس  
**Pharmacie de PARIS**  
Mme SOLICANE Souad  
Pharm. Solenne  
8, Place de France - TANGER  
Tél 05 39 93 64 24

8230

(Place des Nations) 112, Rés. Redoaune, 3<sup>ème</sup> étage N° 35, Avenue Méd V - Tanger

Tél. 0539 94 63 63 - GSM: 0661 27 81 91



---

Dr. El-Youssfi Abdennasser

Neurochirurgien

Crâne, Cerveau, moelle épinière  
et colonne vertébrale



الدكتور اليوسفي عبد الناصر

اختصاصي في أمراض وجراحة الرأس  
والعمود الفقري والجهاز العصبي

26/04 2023  
**ORDONNANCE**

Tanger, Le : .....

M<sup>me</sup> **AMINA**

- NFS

- vis

- **urée glyc**

- **creatinine**

- **cholesterol Total**

- **triglycerides - HDL - LDL**

- 6

Dr. El-Youssfi Abdennasser  
Neurochirurgien

Place des Nations 112 Rés. Redoane  
2ème étage N° 35 - Av. Med V - Tanger  
Tél.: 0539 94 63 63 - Gsm: 0661 37 81 91

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
Dr. Y. SEKOU  
Medi-Lab

60 Av. Omar el-Khatib - Tanger  
Tél: 0539 37 22 90 Fax 05 39 32 25 90  
MSP 16300367



**Dr. El Youssfi Abdennasser**

**Neurochirurgien**

**Crâne, Cerveau, moelle épinière  
et colonne vertébrale**



**الدكتور اليوسفي عبد الناصر**

**اختصاصي في أمراض وجراحة الرأس  
والعمود الفقري والجهاز العصبي**

**ORDONNANCE**

Tanger, Le :

26/04/2023

M<sup>me</sup>

OURIAGHLI AMINA

Age 75ans

-Tc (dent)

=> I.N.M. cervicale

**Dr. El Youssfi Abdennasser**  
Neurochirurgien

Place des Nations 112 Rés. Redoane  
2ème étage N° 35 Av. Méd V - Tanger  
Tél.: 0539 94 63 63 - GSM: 0661 37 81 91

**RADIOLOGIE DU NORD**  
**Dr. Bensouda Ahmed**

5 Rue Ben Attia (Bd. Rue de Fès) - Tanger  
Tél.: 0539 37 47 50 - 0643 77 89 52

**RADIOLOGIE DU NORD**  
Dr. Bensouda Ahmed  
5 Rue Ben Attia (Bd. Rue de Fès) - Tanger  
Tél.: 0539 37 47 50 - 0643 77 89 52





Dossier ouvert le : 29/04/23

Edité le : 29/04/23

Prélèvement effectué à 10:16

Mme OURIAGHLI AMINA

Dossier N° : 23D970

DDN : 20/09/1948

Docteur ABDENASSER EL YOUSSEFI

Code patient : 

Page : 2/3

### BIOCHIMIE

#### EXAMEN D'ANOMALIE LIPIDIQUE

ASPECT du sérum ..... Clair

CHOLESTEROL TOTAL ..... :

(Colorimétrie; oxydase sur KONELAB 30i)

Résultat vérifié.

Soit .....

2,60 \* g/l  
6,7 mmol/l

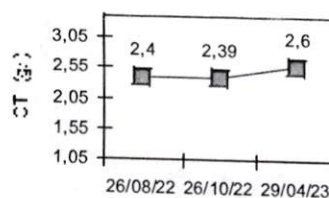
Normales

Antériorités

26/10/2022

1,5 - 2,2  
3,87 - 5,67

2,39  
6,16



Dates d'antériorités

TRIGLYCERIDES ..... :

(Colorimétrie sur KONELAB30i)

Soit .....

1,10 g/l

0,35 - 1,4

0,96

CHOLESTEROL HDL ..... :

(direct mesure sur KONELAB 30i)

Soit .....

1,26 mmol/l

0,4 - 1,6

1,1

CHOLESTEROL TOTAL / HDL ..... :

1,03 \* g/l

0,4 - 0,65

0,84

CHOLESTEROL LDL ..... :

(Calculated sur KONELAB 30i)

Soit .....

2,65 mmol/l

1 - 1,68

2,16

2,52

< 5

1,35 g/l

< 1,5

1,36

3,48 mmol/l

< 3,87

3,51

VALEURS CONSIDEREES COMME NORMALES CHEZ UN PATIENT SANS FACTEUR DE RISQUE

CHOL. TOT. < 2,00 g/l (4,1 mmol/l);

LDL - CHO < 1,60 g/l (4,1 mmol/l);

TG < 1,50 g/l (1,7 mmol/l);

HDL - CHO > 0,40 g/l (1,0 mmol/l);

VALEURS SEUILS DECLANCHANT UNE PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE selon AFSSAPS

LDL - CHO > 2,20 g/l (4,1 mmol/l); En absence de fact. de risque.

LDL - CHO > 1,90 g/l (4,1 mmol/l); Avec un facteur de risque.

LDL - CHO > 1,60 g/l (4,1 mmol/l); Avec deux facteurs de risque.

LDL - CHO > 1,30 g/l (4,1 mmol/l); Avec trois facteurs de risque.

LDL - CHO > 1,00 g/l (4,1 mmol/l); Si haut risque CV (Antécédents CV).

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
Medi-Lab  
Dr. Y. SEKKAT  
60 Av. Omar Ibn Al-Khattab - Tanger  
Tél: 05 39 32 22 90 - Fax: 05 39 32 25 90  
066 16 0000 367





## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MEDI - LAB

Docteur Youssef SEKKAT

Pharmacien Biologiste

60, avenue Ibn Al Khattab - TANGER

INPE : 163000367



Tanger le 29 avril 2023  
AMO

Mme OURIAGHLI AMINA

FACTURE N°	154395
------------	--------

### Analyses :

Numération formule sanguine -----	B	80
Vitesse de sédimentation -----	B	30
Bilan lipidique (Chol.Trig., HDL;LDL) -----	B	170
Glycémie (à jeûn) -----	B	30
Urée -----	B	30
Créatinine -----	B	30

### Prélèvements :

Sang-----	Pc	2
-----------	----	---

TOTAL DOSSIER

410,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
Quatre Cent Dix Dirhams

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
Medi-Lab  
Dr. SEKKAT  
60, av. Omar Ibn Khattab-Tanger  
Tel: 05 39 32 22 90 - Fax: 05 39 32 25 90  
INPE: 163000367





فحص بالأشعة الشمال  
RADIOLOGIE DU NORD  
ХАБ 00H0C00 0H0C00H

RESONANCE MAGNETIQUE 1.5 TESLA (IRM) - SCANNER MULTIBARETTE 3D - RADIOGRAPHIE - ECHOGRAPHIE - DOPPLER COULEUR - MAMMOGRAPHIE  
IMAGERIE DE LA FEMME - PANORAMIQUE DENTAIRE - DENTASCANNER - CONE BEAM 3D - OSTEODENTISTOMETRIE CORPS ENTIER - RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Taxe Prof : 50102547

ICE : 002700772000070

I.F : 48561538

INPE :

CNSS : 1116954

R.I.B : 007 640 0008552000301026 19



161207972

Date : 26/04/2023

Patient(e) : AMINA OURIAGHLI

Facture	5937
---------	------

Nature de l'examen	Prix ( DHS )
IRM CEREBRALE	3000
Total à payer	3000

Règlement : espèce

**RADIOLOGIE DU NORD**

**Dr. Bensouda Ahmed**

5 Rue Ben Attia (Bd. Rue de Fès) - Tanger  
Tél.: 0539 37 47 50 - 0643 77 89 52



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 : أصدر ب  
Le : 14/05/2023 : بتاريخ

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 192135518 رقم التسجيل  
Règlements de la période : من  
du : 12/05/2023 : إلى  
au : 12/05/2023 : أداءات الفترة

Destinataire المرسل إليه

OURIAGHLI AMINA

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  
استفدت 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 الأداء	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 rembours- ement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
OURIAGHLI AMINA											
130105134	26/04/2023	IRM	RADIOLOGIE	3000,00	2200,00	1.00	1,00	2200,00	70,00	12/05/2023	1540,00
130105134	26/04/2023	B	LABORATOIRES D	410,00	410,00	372.73	1,00	410,00	70,00	12/05/2023	287,00
130105134	26/04/2023	CS	ANALYSES NEUROCHIRURGIE	250,00	60,00	1.00	1,00	60,00	70,00	12/05/2023	42,00
130105134	26/04/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	82,30	0,00	1.00	1,00	0,00	0,00	12/05/2023	0,00
Total remboursé مجموع مبلغ التعويض											1869,00
Total général remboursé مبلغ التعويض الاجمالي											1869,00

- 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](http://www.cnss.ma)  
[www.cnss.ma/Portail/](http://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