

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 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 tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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° W21-798001

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 169697 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : TACKLI AHMED

Date de naissance : 12-9-1972

Adresse : 11, RUE EL HAITAM : TANGER

Tél. : 06 65231233

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 :

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 : 13/7/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

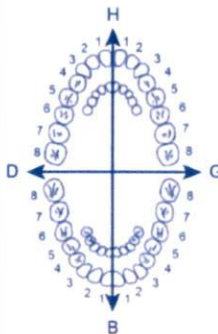
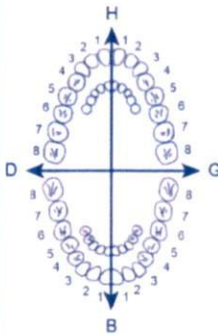
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 							
				COEFFICIENT DES TRAVAUX 							
				MONTANTS DES SOINS 							
				DEBUT D'EXECUTION 							
				FIN D'EXECUTION 							
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX 							
	H <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table> B				25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411
	25533412	21433552									
	00000000	00000000									
	00000000	00000000									
	35533411	11433553									
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession										
				MONTANTS DES SOINS 							
				DATE DU DEVIS 							
			DATE DE L'EXECUTION 								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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 : 31/05/2023

أصدر ب :
بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 192135518

رقم التسجيل

Règlements de la période

أداءات الفترة

du : 30/05/2023

من

au : 30/05/2023

إلى

Destinataire

المرسل إليه

OURIAGHLI AMINA

Veillez 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 استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريفية 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											
130105672	16/05/2023	CS	OPHTALMOLOGIE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	30/05/2023	105,00
Total remboursé											105,00
Total général remboursé											105,00

- 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
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

دار المؤمن - ساحة داكار - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف 0522 54 86 07 فاكس: 0522 54 86 73
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa-Gare - Téléphone : 0522 54 86 07 Fax : 0522 54 86 73

30 récipients unidoses de 0,4 ml

optive
FUSION™
UD (Unidose)
Sans conservateur

Allergan

94515MA

Allergan

optive
FUSION™

UD (Unidose)

Sans conservateur



optive
FUSION™
UD (Unidose)

ans conservateur



72868MA12

Chaque récipient unidose contient 0,4 ml de solution: carboxyméthylcellulose sodique à 0,5 %, hyaluronate de sodium à 0,1 %, glycérine à 1,0 %, érythritol, L-carnitine



Attention : lire le mode d'emploi

Précautions :

- Conserver à température ambiante
- Tenir hors de la portée des enfants
- Utiliser l'unidose une seule fois puis la jeter

OPTIVE FUSION™ UD : une composition unique pour une protection durable, plus de confort et un soulagement immédiat des symptômes de l'œil sec.

OPTIVE FUSION UD 30 x 0,4 mL



5 015007 208132 >



توفّر فوژن بّي دي™

لنور والشعور براحة فائقة والحماية

من

التهيج من ر

Euro médic
Distributeur Exclusif

PPC : 179,00 DH TTC



Ophtalmologiste اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

- Diplômée de la faculté de Médecine et de pharmacie de Fès et de Rabat
- Ancienne interne du CHU Ibn Sina et de l'Hôpital Militaire d'instruction Mohamed V de Rabat
- Ancienne interne des Hôpitaux de France
- Diplômée en « Surface Oculaire », Université de Brest, France
- Diplômée en « Imagerie Rétinienne et Traitements Maculaires », Université Paris 12, France
- Diplômée en « Infections et Inflammations Oculaires », Université Paris 7, France
- Diplômée en Adaptation de lentilles de Contact Université de Versailles Paris - France
- Diplômée en Chirurgie Réfractive et Phaco - Emulsification UBO - France

- خريجة كلية الطب و الصيدلة بفاس والرباط
- طبيبة داخلية سابقا بمستشفى ابن سينا والمستشفى العسكري محمد الخامس - الرباط
- طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات فرنسا
- دبلوم في أمراض سطح العين ببرست فرنسا
- دبلوم في تصوير الشبكية وعلاج بقعة العين بجامعة باريس 12 فرنسا
- دبلوم في أمراض تعفن والتهاب العين بجامعة باريس 7 فرنسا
- دبلوم العدسات اللاصقة بجامعة فرساي باريس-فرنسا
- دبلوم الجراحة الانكسارية وجراحة الجلالة بالليزر ببرست-فرنسا

Certificat d'Aptitude Permis de Conduire

شهادة رخصة السياقة

Ordonnance

16 mai 2023

Mme OURIAGHLI Amina

179,00

صيدلية الشهاب
OPTIVE FUSION
PHARMACIE DU SOLEIL

1 goutte * 3 jours, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

111 Av. Prince Henri 3ème Al Madina 2 - Tanger
TANGER 05 39 35 15 81 / 06 63 03 74 41 / 06 63 03 74 41



INPE : 161248828 - ICE : 002435482000032

Horaires de travail : Du lundi au vendredi : 9h00 - 13h00 / 15h00 - 18h30 - Samedi : 9h00 - 13h00

الطابق 1 الإدريسية 2 زنقة معركة واد زم رقم 02 طنجة

Drissia 2 Av Bataille Oued Zem , 1^{er} Etage, N° 02 Tanger

Tél: 05 39 35 15 81 - Gsm: 06 63 03 74 41 / E-mail : driouech.hind.ophta@gmail.com

Dr. Hind DRIOUECH
Ophtalmologiste
1^{er} Etage Av Bataille Oued Zem
Drissia 2, N° 02 - Tanger
ICE : 002435482000032
INPE : 161248828



إفادة بالاستلام
ACCUSE DE RECEPTION



Réf : 610-2-102 : مرجع رقم :

Code agence : 702214 : رمز الوكالة :

Numéro dossier



130105672

رقم الملف

Informations sur l'assuré

معلومات عن المؤمن له

Nom et prénom
N° d'immatriculation
Nom et prénom du bénéficiaire

OURIAGHLI AMINA

192135518

OURIAGHLI AMINA

الاسم العائلي والشخصي

رقم التسجيل

الاسم العائلي والشخصي للمستفيد

Informations sur le dossier

معلومات عن الملف

Type dossier
Date/heure de dépôt
Date de soin
Montant des frais de soins

DOSSIER DE REMBOURSEMENT

22/05/2023 09:04

2023-05-16

479 DHS

نوع الملف

تاريخ وقت الإيداع

تاريخ العلاج

مبلغ تكاليف العلاج

Madame, Monsieur,
Nous avons bien reçu votre dossier. Nous vous informons qu'il sera transmis aux services de la CNSS pour traitement.

مبشئي، سيدي،
لقد توصلنا بملفكم نخبركم أنه سيتم إحالته على مصالح الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي من أجل معالجته.

Dans le cadre de la généralisation de la couverture sociale et médicale aux travailleurs non salariés (TNS), la CNSS collecte vos données personnelles en vue de vous faire bénéficier de cette couverture. Ce traitement a fait l'objet d'une demande d'autorisation provisoire auprès de la CNDP sous le numéro: A-PO-ECO-199/2021 Les données personnelles collectées peuvent être transmises à votre organisme de liaison et aux administrations et partenaires conformément à la demande d'autorisation précitée.

في إطار تعميم التغطية الاجتماعية و الصحية لفائدة العمال غير الأجراء يقوم الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بتجميع معطياتكم الشخصية اللازمة لتمكينكم من الاستفادة من هذه التغطية. معالجة معطياتكم كانت موضوع ترخيص مؤقت من قبل اللجنة الوطنية لمراقبة حماية المعطيات ذات الطابع الشخصي تحت رقم A-PO-ECO-199/2021 يمكن أن ترسل معطياتكم الشخصية المجمعة من قبل الصندوق، إلى هيئة الاتصال التي تتنعمون إليها وإلى الإدارات والشركاء، وفقا لطالب الترخيص مالم تذكر.

Pour exercer vos droits d'accès, de rectification et d'opposition conformément aux dispositions de la loi 09-08, vous pouvez :

- Adresser votre demande à la boîte email : reclamation.pdep@cnss.ma ;
- Prendre attache avec les agents d'accueil au niveau des agences CNSS ou les télé-conseillers du Centre d'appel Allo Daman aux numéros suivants : 0802033333 ou 0802007200

لممارسة حقوقكم في الولوج والتصحيح والتعرض، وفقا لمقتضيات القانون 09-08، يمكنكم توجيه طلبكم إلى البريد الإلكتروني reclamation.pdep@cnss.ma أو ربط الاتصال بمركز الاتصال "الو ضمان" التابع للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي على الأرقام التالية: 0802007200 أو 0802033333

للتعرف على حقوقكم في مجال حماية المعطيات ذات الطابع الشخصي، يمكنكم الاطلاع على الدليل العملي لممارسة الحقوق فيما يتعلق بحماية المعطيات ذات الطابع الشخصي، الذي تم نشره من قبل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي على المواقع الإلكترونية www.macnss.ma

Pour connaître vos droits en matière de protection des données à caractère personnel, vous pouvez consulter le mode opératoire relatif à l'exercice des droits en matière de protection des données à caractère personnel, mis en ligne par la CNSS au niveau du site www.macnss.ma

Pour plus d'informations et pour le suivi de traitement de votre dossier :

للمزيد من المعلومات ولتتبع معالجة ملفكم :

Veuillez visiter notre site Web

www.cnss.ma

ou le portail des assurés

www.macnss.ma

ou l'application mobile

Ma CNSS

ou contacter notre centre d'appel aux numéros

05 20 19 40 40

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني

أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم

أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بمركز الاتصال على الأرقام