

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-798001

C



Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

169697

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé au Adhérent (e)			
Matricule : <u>11839</u>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : <u>TAOUFIK AYMED</u>			
Date de naissance : <u>12-9-1952</u>			
Adresse : <u>11, Rue Ibn HAITAM - TANGER</u>			
Tél. : <u>06 65 23 12 33</u>		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 : _____	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 :	<u>TANGER</u>
Signature de l'adhérent(e) :	<u>TAOUFIK AYMED</u>
Le :	<u>11/7/2023</u>

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP :

COEFFICIENT DES TRAVAUX

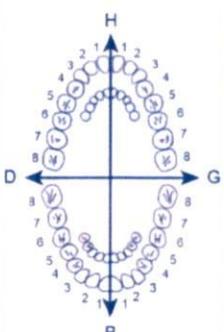
MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	21433552
25533412	00000000
D	00000000
35533411	11433553
B	
G	



(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 : 610-2-06

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

Emis à : CASABLANCA
Le : 31/05/2023
أصدر ب : بتاريخ :
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 المصروف	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											
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						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 بالجيب الآلي على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

Description des actes effectués

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé, cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	وصف العمليات المجرأة Signature et cachet du Médecin traitant
16/05/23			300,00 DH	Dr. Hind LAKOUECH Ophthalmologist 1 ^{er} Etage Av Bataille d'Alziz Zem Oriksia 2, N° 02 - Tanger ICE: 1802435482000032 IMP: 1802435482000032
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

CIM-10

Actes Paramédicaux

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé, cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوت Montant facturé	عمليات المساعدين الطبيين Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé, cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوت Montant facturé	العمليات الإحياء، الأشعة والصور Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المزمنة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
16.05.23	179,00	صيدلية الشمس PHARMACIE DU SOLEIL EL MEJJATI S. 111 Av Prince Horitter Sahat Al Madina TANGER - Tel : 05 39 94 53 05
INPE et code à Barres		
INPE et code à Barres		

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

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

لغير الشعور براحة فائقة والحماية

مکتبہ دین یونیورسٹی

Euro médic
Distributeur Exclusif

PPC: 179,00 DH TTC

Ali

72868MA12



ans conservateur

opti^{ve}
FUSIONTM
UD
(Unidose)

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



25 015007 208132 >

30 recipients unidoses de 0,4 ml

UD (Unidose) Sans conservateur

optiVE FUSION™

Allegan

94515MA

Allergan

optive
FUSION™

UD (Unidose)

Sans conservateur



اختصاصية في أمراض وجراحة العيون Ophtalmologiste

- 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

Certificat d'Aptitude Permis de Conduire

خريجة كلية الطب و الصيدلة بفاس والرباط

طبيبة داخلية سابقاً بمستشفى ابن سينا

والمستشفى العسكري محمد الخامس - الرباط

طبيبة داخلية سابقاً بمستشفيات فرنسا

دبلوم في أمراض سطح العين ببرست فرنسا

دبلوم في تصوير الشبكية وعلاج قعنة العين بجامعة باريز 12 فرنسا

دبلوم في أمراض تغصن والتهاب العين بجامعة باريز 7 فرنسا

دبلوم العدسات الاصنفه بجامعة فرساي باريس - فرنسا

دبلوم الجراحة الانكسارية وجراحة الجلالة بالبليز

برست - فرنسا

شهادة رخصة السياقة

Ordonnance

16 mai 2023

Mme OURIAGH LI Amina

صيدلية الشّفاعة
OPTIVE FUSION DU SOLEIL
1 goutte * 3 / jour
111 AV. PRÉ HENRIK KHATIB AL MADHHA
TANGER - 200539945305354219
1 goutte * 3 / jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois



Dr. Hind DRIQUECH
Ophthalmologiste
1er Etage Av Bataille Oued Zem
Drissia 2, N° 02 - Tanger
ICE : 502435482000032
INPE : 161248828

INPE : 161248828 - ICE : 002435482000032

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

الطابق 1 الادريسية 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



إفادة بالاستلام
ACCUSE DE RECEPTION



Réf: 610-2-102 مرجع رقم:

Code agence: 702214 رقم الوكالة:



Numéro dossier

رقم الملف

130105672

Informations sur l'assuré

معلومات عن المؤمن له

Nom et prénom

OURIAGHLI AMINA

الاسم العائلي والشخصي

N° d'immatriculation

192135518

رقم التسجيل

Nom et prénom du bénéficiaire

OURIAGHLI AMINA

الاسم العائلي والشخصي للمستفيد

Informations sur le dossier

معلومات عن الملف

Type dossier

DOSSIER DE REMBOURSEMENT

نوع الملف

Date/heure de dépôt

22/05/2023 09:04

تاريخ ووقت الاداء

Date de soin

2023-05-16

تاريخ العلاج

Montant des frais de soins

479 DHS

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.

سيدي، سيدتي،
لقد توصلنا بملفك، ونرحب به، ونستمتع به 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),

في إطار تعميم التقنية الاجتماعية والصحية لفائدة العمال غير الأجراء يقوم الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي
بتحقيق معلوماتكم الشخصية اللازمة لتتمكن من الاستفادة من هذه التقنية.

la CNSS collecte vos données personnelles en vue de vous faire bénéficier de cette couverture.

معالجة معلوماتكم كانت موضوع ترحيب من قبلي اللجنة الوطنية لمرأة حملة معلومات ذات الطابع
الشخصي تحت رقم A-PO-ECO-199/2021

Ce traitement a fait l'objet d'une demande d'autorisation provisoire auprès de la CNDP sous le numéro: A-PO-ECO-199/2021

يمكن أن ترسل معلوماتكم الشخصية المجمعة من قبل الصندوق، إلى هيئة الاتصال التي تتبعون إليها وإلى الإدارات
الشريكاء وفقا لطلب المرحوم سلف الذكر.

Les données personnelles collectées peuvent être transmises à votre organisme de liaison et aux administrations et partenaires conformément à la demande d'autorisation précitée.

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

لممارسة حقوقكم في التوجيه والتصریح والتعزیز، وفقا لمقتضيات القانون 09-08، يمكنكم توجيه طلبكم إلى البريد
الالكتروني reclamation.pdep@cnss.ma أو ربط الاتصال بمركز الاتصال "الهشام" التابع للصندوق

- Adresser votre demande à la boîte email : reclamation.pdep@cnss.ma ;

أو 0802007200 أو 0802033333

- Prendre attache avec les agents d'accueil au niveau des agences CNSS ou les télés conseillers du Centre

d'appel Allo Daman aux numéros suivants : 0802033333 ou 0802007200

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 :

Veuillez visiter notre site Web

www.cnss.ma

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني

ou le portail des assurés

أو البوابة الالكترونية للمؤمن لهم

ou l'application mobile

أو تطبيق الهاتف

ou contacter notre centre d'appel aux numéros

05 20 19 40 40

أ، الاتصال بمركز الاتصال على الأرقام