

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-585192

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **1839**

Matricule : Société : **128492**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **TAOUZI - AHMED**

Date de naissance : **12/9/1952**

Adresse : **11, RUE IBN HAÏTAM - TANGER**

Tél : **06 65 23 12 33** Total des frais engagés : **2500,00**

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **TANGER** Le : **29/1/2022**

Signature de l'adhérent(e) :

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

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الاجتماعي C N S S	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : REF : 610 2 06 :
	Référence structurée : 220414549235166	Emis à Casablanca le : 05/04/2022	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation: 192135518 Règlement du mois : 04/2022 Mode de paiement : Virement	OURIAGHLI AMINA 11 RUE IBN HAITAM APPT 24 TANGER 9000	
	Informations :		

مرجع الإشعار بالاستلام	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	مبلغ التعويض
Référence accusé de réception	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement%	Montant remboursé
OURIAGHLI AMINA										
084132071	16/03/2022	CS	MR KHEIREDDINE ADEL	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
084132071	16/03/2022	VER	MR BENTAIEB MOHAMED LARBI	2 000,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70	157,50
084132071	16/03/2022	MON	MR BENTAIEB MOHAMED LARBI	200,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70	140,00
Total remboursé pour AMINA										402,50
Total général remboursé										402,50

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

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, ...).

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

Les ordonnances transmises doivent être accompagnées des codes à barres des médicaments achetés .

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNSS 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.

Certaines prestations ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à accord préalable. La liste de ces dernières est disponible auprès de tout le réseau CNSS.

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

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.
يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، ...).

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

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية. ماعدا في حالة العلاج المستمر في هذه الحالة. يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.
لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الآخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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

توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent :	تاريخ الاستلام :
Date de dépôt du dossier :	Date d'arrivée :

 الضمان الاجتماعي +الكوست+البحر CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
	موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *	مرجع رقم 610-1-02 Réf. ANAM : 1.2.01

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

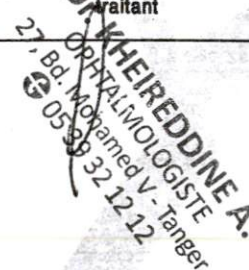
خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي : Nom et prénom : DURIAGHLI AMIN A	رقم التسجيل : N° Immatriculation : 1191211315151181
رقم بطاقة التعريف الوطنية : N° CIN : K1_162541_1_1	علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) * Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/>
العنوان : Adresse : 11 RUE IBN HAITHAN - APPT 4 TANGER	مبلغ المصاريف : Montant des frais : 2649,80 Dhs
عدد الوثائق المرفقة : Nombre de pièces jointes : 4	تصريح الطبيب المعالج Déclaration du médecin traitant

المستفيد من العلاجات Bénéficiaire de soins	تاريخ الميلاد : Date de naissance : 21/01/1918
الاسم العائلي والشخصي : Nom et prénom : DURIAGHLI ANINA	رقم بطاقة التعريف الوطنية : N° CIN : K1_162541_1_1
الجنس : Sexe : أنثى <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المفسر : INPE et Code à barres : 1611081386
نوع العلاجات : Type de soins : Hospitalisation <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> أمومة <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> حادثة <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> مرض	تاريخ الميلاد : Date de naissance : 21/01/1918

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : TANGER Le : 11/11/2012	أصح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : TANGER Le : 11/11/2012
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)	توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

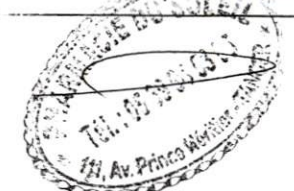
* أنشط الخانة المناسبة
* Cocher la mention utile pour chaque case
** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des établissements de soins) ainsi que le code à barres

Description des actes effectués				وصف العمليات المجراة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin Aitiant	
16/03/2022		cr	300 dh		
INPE et code à Barres 16032022					
INPE et code à Barres 16032022					

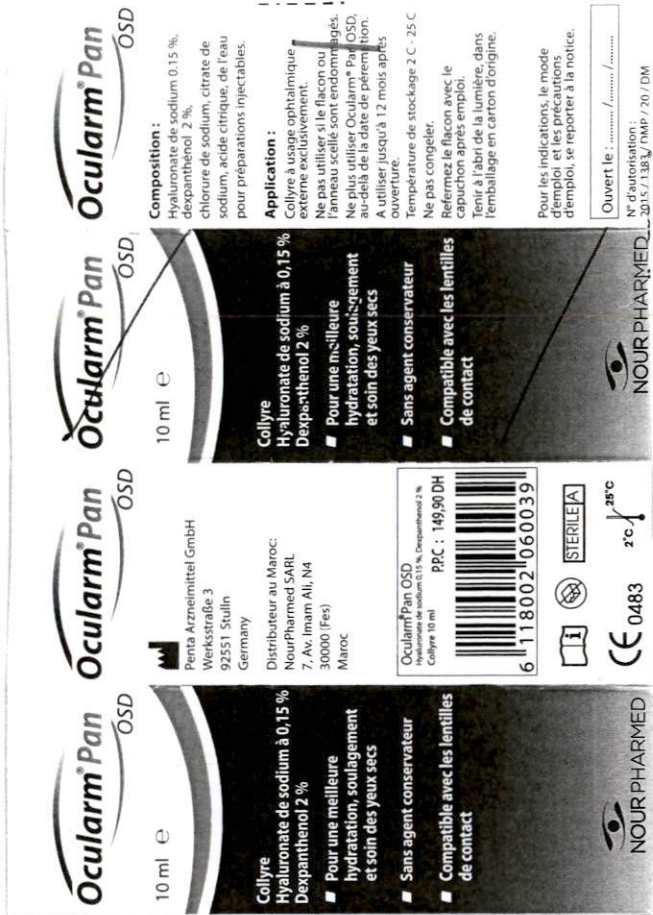
CIM-10

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
INPE et code à Barres 16032022						
INPE et code à Barres 16032022						

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء، الأشعة والصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
INPE et code à Barres 16032022					
INPE et code à Barres 16032022					

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممنونة Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	القيمة المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
16.03.22	149,90	
INPE et code à Barres 16032022		
28/03/22	2200,- D4	AFRIQUE OPTIQUE Ben Taieb Med Larbi opticien optométriste Aut. 7421 SGG/AS/2 10 Rue Prince Henri - Tanger Tel: 05 39 93 09 36
INPE et code à Barres 16032022		

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



Ocularm® Pan OSD

Notice d'emploi

NOUR PHARMED

AFRIQUE OPTIQUE

Rue Prince Héritier N° 10
Tél: 05 39 93 09 36 - Fax : 05 39 33 61 54
Tanger - MAROC



FACTURE

N° 015872

OURIA GHLI
Amina.

Tanger le 28/03/2022

MODE DE PAYEMENT	N° CHEQUE	DATE DE PAYEMENT	TIRE SUR BQ
espece.			

		SPH	CYL	AXE	TYPE DE VERRE	TEINTE.	N° NOME	TOTAL
VISION	OD	+2,25	-1,25	85°	Progressif		1.6	2000-14
LOIN	OG	+1,75	-0,50	85°	blanc			
					Antireflet			
VISION	OD	Add: +3,00						
PRES	OG							

MONTURE	
Monture optique	200.-11

AFRIQUE OPTIQUE
Ben Taieb Medi Larbi
opticien optométriste
Aut 1421 SGG/AG/2
10 Rue Prince Héritier - Tanger
Tél : 05 39 93 09 36

TOTAL H.T.	1833,33DH
T.V.A. 20%	366,66
TOTAL T.T.C.	2200,01

Arrêtée la présente facture à la somme de Deux mille
deux cent dirhams

INPE: 165000720

Dr A. KHEIREDDINE

SPECIALISTE EN OPHTALMOLOGIE

Chirurgie de la Cataracte par

Phacoemulsification

Angiographie Numérisée - Lasers

Champ Visuel - O.C.T

Topographie Cornéenne

Diplômé de la Faculté de Médecine d'Amiens (France)

Ancien Ophtalmologiste du Centre

Ophtalmologique Saint Victor d'Amiens

27, Bd. Mohamed V 1^{er} étage (Imm. Attijariwafabank)

TANGER - Tél.: 05 39 32 12 12 - Tél/Fax: 05 39 32 12 13

(à côté de la Grande Poste)



الدكتور ع. خير الدين

إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

جراحة عدسات العيون (اجلالة)

بالفاكو (الليزر)

أشعة الليزر - راديو الشبكة المرقوم

خريج كلية الطب بأميان (فرنسا)

إختصاصي سابقا بمركز أمراض

العيون بأميان

27 شارع محمد الخامس الطابق الأول عمارة التجاري وفينك

طنجة - الهاتف - 05 39 32 12 12 - فاكس 05 39 32 12 13

(قرب البريد الكبير)

Tanger, le

16/03/2022

طنجة في

AMINA OURIAGHLI

OEIL DROIT ET OEIL GAUCHE

OCULARM PAN collyre

1 goutte 3 fois par jour

02 MOIS

14990

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

Dr. KHEIREDDINE A.
OPHTALMOLOGISTE
27, Bd. Mohamed V - Tanger
05 39 32 12 12

Dr A. KHEIREDDINE

SPECIALISTE EN OPHTALMOLOGIE

Chirurgie de la Cataracte par

Phacoemulsification

Angiographie Numerisée - Lasers

Champ Visuel - O.C.T

Topographie Cornéenne

Diplômé de la Faculté de Médecine d'Amiens (France)

Ancien Ophtalmologiste du Centre

Ophtalmologique Saint Victor d'Amiens



27, Bd. Mohamed V 1^{er} étage (Imm. Attijariwafabank)

TANGER - Tél.: 05 39 32 12 12 - Tél./Fax: 05 39 32 12 13

(à côté de la Grande Poste)

الدكتور ع. خير الدين

إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

جراحة عدسات العيون (اجلالة)

بالفاكو (الليزر)

أشعة الليزر - راديو الشبكة المرقوم

خريج كلية الطب بأميان (فرنسا)

إختصاصي سابقا بمركز أمراض

العيون بأميان

27 شارع محمد الخامس الطابق الأول عمارة التجاري وفينك

طنجة - الهاتف 05 39 32 12 12 - الفاكس 05 39 32 12 13

(قرب البريد الكبير)

Tanger, le طنجة في

16/03/2022

AMINA OURIAGHLI

V. Progressif

(OD)

(OG)

V.L +2.25 (-1.25) 85°

+1.75 (-0.50) 85°

Teinte :

Verre :

D.V.O : 12.00

D.I.P :

Monture

V.P Add + 3.00

Add + 3.00

AFRIQUE OPTIQUE
Ben Taieb Med Larbi
opticien optométriste
Aut 7421 SCS AG/2
10 Rue Prince Héritier - Tanger
Tél : 05 39 93 09 36

Dr. KHEIREDDINE A.
OPHTALMOLOGISTE
27, Bd. Mohamed V - Tanger
☎ 05 39 32 12 12