

## 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-798003

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : .....

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : **TAOLIZI AHMED**

Date de naissance : **12-9-1982**

Adresse : **11, RUE Ibn HAITAM**

Tél. : **06 6523433**

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 : **10/7/2023**

Signature de l'adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



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 : 30/05/2023

أصدر ب :  
بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 192135518

رقم التسجيل

Règlements de la période

أداءات الفترة

du : 29/05/2023 : من  
au : 29/05/2023 : 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	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Número 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											
130105671	08/05/2023	CS	OTO-RHINO-	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	29/05/2023	105,00
130105671	08/05/2023	PH	LARYNGOLOGIE PHARMACIES D OFFICINES	51,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	29/05/2023	0,00
Total remboursé											مجموع مبلغ التعويض
Total général remboursé											مبلغ التعويض الاجمالي
											105,00
											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



تعليمات يجب إتباعها

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.

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 (60يوما) 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.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية  
غير قابلة للتعويض.

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

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

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

 الشان الاجتماعي +الXO+ +الO+ <b>CNSS</b> Le devoir de vous protéger	<b>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</b> <b>Feuille de Soins Maladie</b>	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	Réf. : 610-1-02 مرجع رقم	RÉF. NAM : 1.2.01.01
N° Dossier :		خاص بالمؤمن له (لها)		
Partie réservée à l'assuré(e)		الاسم العائلي والشخصي :		
Nom et prénom : <b>DURIAGHLI ANINA</b>		رقم التسجيل :		
N° Immatriculation : <b>12121212121212121212</b>		رقم بطاقة التعريف الوطنية : <b>12121212121212121212</b>		
N° CIN :		علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *		
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *		Conjoint <input type="checkbox"/> زوج      Enfant <input type="checkbox"/> ابن		
Adresse : <b>URUE FBNATAITAH AP 24 TANGER 06 64131147</b>		العنوان :		
Montant des frais :		<b>351,00</b> Dhs		مبلغ المصاريف :
Nombre de pièces jointes :		<b>1</b>		عدد الوثائق المرفقة :
Déclaration du médecin traitant				
Bénéficiaire de soins				
Nom et prénom : <b>DURIAGHLI ANINA</b>		الاسم العائلي والشخصي :		
Date de naissance :		تاريخ الميلاد :		
N° CIN : <b>12121212121212121212</b>		رقم بطاقة التعريف الوطنية :		
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F		الجنس : <input type="checkbox"/> ذكر <input checked="" type="checkbox"/> أنثى		
INPE et code à barres **		الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المفسر **		
Médecin traitant الطبيب المعالج		Etablissement de soins المؤسسة العلاجية		
Type de soins*		نوع العلاجات*		
Hospitalisation <input type="checkbox"/> استشفاء <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> أمومة <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> حادثة <input type="checkbox"/> Maladie <input checked="" type="checkbox"/> مرض		أصح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه		
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant Fait à : <b>TANGER</b> Le : <b>12121212121212121212</b>		Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables Fait à : Le : <b>12121212121212121212</b>		
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		

- \* Cocher la mention utile pour chaque case

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة دكاكر - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء الحظرة - الهاتف: 080 203 3333  
CNSS Place de DAKAR Casablanca BP. 2186 Casa Téléphone : 080 203 3333



Description des actes effectués						وصف العمليات المجرة	
Date des actes تاريخ العمليات	رمز العمليات Code des actes				معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفقوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
08 MAI 2023					C	300	Dr. Mohamed TOUBBAJ Rue Khadija Matane - B.P. 16-17 Tel : 05 39 33 33 03 - Tanger
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _							
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _							

CIM-10			
--------	--	--	--

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision



إفادة بالاستلام  
ACCUSE DE RECEPTION



Réf : 610-2-102 : مرجع رقم :

Code agence : 702214 : رمز الوكالة :

Numéro dossier



130105671

رقم الملف

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 09:03

تاريخ ووقت الإيداع

Date de soin

2023-05-08

تاريخ العلاج

Montant des frais de soins

351 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.

سيدتي، سيدي،  
لقد توصلنا بالمعلومات ونخبركم 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 تنتمون إليها وإلى الإدارات والشركاء وفقا لطلب الترخيص سالف الذكر.

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.pdcp@cnss.ma](mailto:reclamation.pdcp@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.pdcp@cnss.ma](mailto:reclamation.pdcp@cnss.ma) أو ربط الاتصال بمركز الاتصال "الو ضمان" التابع للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي على الأرقام التالية: 0802033333 أو 0802007200

للتعرف على حقوقكم في مجال حماية المعطيات ذات الطابع الشخصي، يمكنكم الإطلاع على الدليل العملي لممارسة الحقوق فيما يتعلق بحماية المعطيات ذات الطابع الشخصي، الذي تم نشره من قبل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي على مستوى الموقع الإلكتروني [www.macnss.ma](http://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](http://www.macnss.ma)

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

للمزيد من المعلومات ولتتبع معالجة ملفكم :

Veillez visiter notre site Web

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

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني

ou le portail des assurés

[www.macnss.ma](http://www.macnss.ma)

أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم

ou l'application mobile

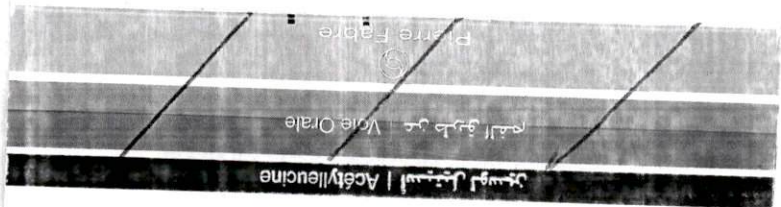
Ma CNSS

أو تطبيق الهاتف

ou contacter notre centre d'appel aux numéros

05 20 19 40 40

أو الاتصال بمركز الاتصال على الأرقام



500 ملج ٥٠٠ ملج ٥٠٠ ملج  
Tanganil® 500 mg  
قرص | comprimé

**Indication d'utilisation :**  
Ce médicament est préconisé  
dans le traitement symptomatique  
de la crise vertigineuse.

الإرشادات العلاجية:  
ينصح بهذا الدواء في معالجة  
أعراض نوبة الدوار.

**Fabricant :**  
Pierre Fabre Médicament Production  
Site PROGIPHARM  
Rue du lycée 45500 Gien - France

**Titulaire de l'AMM au MAROC :**  
Laboratoires MAPHAR  
Boulevard Alkimia N°6 - Quartier Industriel Sidi Bernoussi  
Casablanca - Maroc

مédicament non soumis  
à prescription médicale.  
لا يحتاج لوصفة طبية.



TANGANIL® 500 mg com

Diplômé de la faculté de médecine  
de Strasbourg (France)

Spécialiste en Oto - Rhino - Laryngologie  
et Chirurgie de la face et cou

Ancien interne du chu de strasbourg

Ancien Assistant Spécialiste

Chef de clinique des hopitaux de FRANCE

Membre permanent de la Société

Française d'ORL et chirurgie

Cervico-faciale

Cabinet ORL  
Dr. Mohammed TOUBALI

ية الطب با ستراسبورغ (فرنسا)

صي في أمراض و جراحة

الأنف، الحنجرة

الوجه و العنق

سابق بمستشفيات فرنسا

ائم بجمعية أمراض و جراحة

الأنف - الحنجرة - الوجه

بفرنسا

Tanger, le : .....

08 MAI 2023

OURIAGHLI

Amir

Tanger



51.00

100 x 3

100

Pharmacie GRANADA  
Dr. ABDELADIM TANOUTI  
18. Rue Tehran - Tanger  
Tél 05 39 94 07 72

دكتور محمد توبالي  
Dr. Mohammed TOUBALI  
O.R.L.  
9. Rue Khalil Matrane App. 16 - 1<sup>er</sup> Etage  
Tél : 05 39 33 33 03 - Tanger