

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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° W21-797999

169095

C

Autres



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1839 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre : TAOUFIK - AHMED

Nom & Prénom :

Date de naissance : 13.9.1972

Adresse : 11, Rue Ibn Hattam - TANGER

Tél. : 06.65.23.12.33 Total des frais engagés : 600, 00 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 : 13.7.2013

Signature de l'adhérent(e) :

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																		
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		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 PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		B	11433553
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000																		
35533411																		
B	11433553																	
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																



إفادة بالاستلام  
ACCUSE DE RECEPTION

Réf : 610-2-102 مرجع رقم :

Code agence : 702214 رمز الوكالة :

Numéro dossier



130105461

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

15/05/2023 16:49

تاريخ ووقت الإيداع

Date de soin

2023-05-06

تاريخ العلاج

Montant des frais de soins

600 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 بملفكم تخبركم أنه سيتم إحالته على مصالح الصندوق  
الوطني للضمان الاجتماعي من أجل علاجه.

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.

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](mailto:reclamation.pdep@cnss.ma) ;
- Prendre contact avec les agents d'accueil au niveau des agences CNSS ou les tél-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](http://www.macnss.ma)

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

للمزيد من المعلومات ولتنبيه معالجة ملفكم :

Veuillez visiter notre site Web [www.cnss.ma](http://www.cnss.ma)  
ou le portail des assurés [www.macnss.ma](http://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 الرابطة الإلكترونية للمؤمن لهم

أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بمركز الاتصال على الأرقام

ما عدا خطأ أو نسيان

Sauf erreur ou omission

 الصisan الاجتماعي CNSS	<b>البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري</b> <b>Relevé périodique des prestations AMO</b>		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. : 610-2-06 مرجع رقم : 610-2-06
	Emis à : CASABLANCA Le : 23/05/2023	أصدر ب : بتاريخ : 23/05/2023	Page 1 /1 الصفحة
Nº d'immatriculation 192135518 Règlements de la période du : 23/05/2023 : من au : 23/05/2023 : إلى		<b>Destinataire</b> OURIAGHLI AMINA	
		<b>المرسل إليه</b>	

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la période précitée.

تجدون أدناه مجلد تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي  
اسقدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	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											
130105461	06/05/2023	CS	NEPHROLOGIE	200,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	23/05/2023	105,00
130105461	06/05/2023	ECHO	GYNECO OBSTETRIQUE	400,00	200,00	1,00	1,00	200,00	70,00	23/05/2023	140,00
<b>Total remboursé</b>						مجموع مبلغ التعويض					
<b>Total général remboursé</b>						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](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 إلى الضمان على الأرقام

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.

توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence
--

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier: ٢٠١٦١٢١٣٥١٤٨١

تعاليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل 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 المشتراء.

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 يوماً) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصرفة على أساس التعرفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب المموافقة المسقبقة.

لأنحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع و كارات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

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

كل من ثبت عليه غش أو تصریح کاذب 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

 التضامن الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger	<b>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</b> <b>Feuille de Soins Maladie</b> موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *	رقم: 610-1-02 مرجع رقم: ٦١٠١٠٢
---	--	------------------------	-----------------------------------

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : JURIA GHILI Amina

N° Immatriculation : ٢٠١٦١٢١٣٥١٤٨١

N° CIN :

رقم بطاقة التعريف الوطنية: ١٢١٣٥١٤٨١

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) \*

Conjoint  زوج

Enfant  ابن

Adresse : ١١ RUE IBN HAITAN ALPT 24 TANGER TEL 0664.131147 العنوان:

Montant des frais :

٦٠٠ درهم

Nombre de pièces jointes :

٢

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom :

١٢١٣٥١٤٨١

Date de naissance :

K\_٦٢٥٤

N° CIN:

Sexe\* :

M

F

أنثى

INPE et code à barres \*\*

١٢١٣٥١٤٨١

Médecin traitant  
الطبيب المعالج

Etablissement de soins  
المؤسسة العلاجية

Type de soins\*

Hospitalisation  استشفاء  Maternité  أمومة  Accident  حادثة  Maladie  مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus  
أشهد بصدق كل ما ذكر أعلاه  
Fait à : TANGER

Le : ٢٠١٦١٢١٣٥١٤٨١  
في : ٢٠١٦١٢١٣٥١٤٨١

توقيع المؤمن له  
Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessus  
صحيحة وصادقة  
sincères et véritables.

Fait à : TANGER  
Le : ٢٠١٦١٢١٣٥١٤٨١  
في : ٢٠١٦١٢١٣٥١٤٨١

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية  
Signature du Médecin-traitant ou de l'établissement de soins

\* Cocher la mention utile pour chaque case

\*\* Accoller l'étiquette portant l'INPE ( Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins ) devant le code à barres

الصادر عن CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP: 2186 Casa Gare Téléphone: 050 203 3333  
العنوان: ساحة داكار - الدار البيضاء - المغرب - 2186 - 050 203 3333

Description des actes effectués					وصف العمليات المجرأة
نهاية العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	
٠٦/٠٥/٢٢	٤٦		٢٠٠	 <p>Dr. Adil ALHOSN NEPHROLOGUE tel.: 0539 95 36 13 Fax: 0539 95 36 07 TANGER I.D.N : 1610080265</p>	
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

**CIM-10**

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					العمليات الإشعاعية والتصوير
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفoter Montant facturé	توقيع وطبع طبيب الأشعة أو الإحصائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
04-05 2023	732	1	400,00		
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

**جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المعمونة**  
**Description des ordonnances exécutées et dispositif médical fourni**

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

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

البريد الإلكتروني : sedraouicabinet@hotmail.com

**Dr. SEDRAOUI ALI**  
CABINET D'ECOGRAPHE GENERALE  
ABDOMINO, GYNÉCO-OBSTETRICAL  
MAMMAIRE & THYROIDIEN  
7, Rue de Mexique, 2<sup>ème</sup> Etage, TANGER  
TEL : 05.39.93.68.92

**الدكتور السدراوي على**

عيادة التشخيص العام بالمواجرات ما فوق الصوتية  
البطن - أمراض النساء و الولادة - الثدي - الغدة الدرقية

14/08/2021 7، شارع المكسيك، الطابق الثاني، طنجة

الهاتف : 05 39 93 68 92

OURIAGHLI AMINA

- FOIE :** - Contour régulier  
- Parenchyme d'écho structure homogène

**VESICULE BILIAIRE :**

- Paroi non épaisse
- Absence de calculs

**VOIE BILIAIRE PRINCIPALE :**

- Calibre 1 mm

- VEINE PORTE :** - Calibre 16 mm

- PANCREAS :** - Homogène

- REIN DROIT :** - Bon rapport entre sinus et zone pyélo vasculaire

- REIN GAUCHE :** - Cortex régulier

- RATE :** - De taille normale

- VESSIE :** - Paroi non épaisse

- UTÉRUS** - Diamètre antéro postérieur 22 mm

- CONCLUSION /** \* Exploration hépato biliaire et rénale normale  
\* Absence d'adénopathies péri vasculaire.

TA : 15/7

Dr. SEDRAOUI Ali  
Echographie Generale  
7, Rue de Mexique  
Tél: 05 39 93 68 92 - Tanger

CENTRE  
NEPHROLOGIE - DIALYSE  
SOURIYENNE

Docteur Adil ALHOSNI  
NEPHROLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Grenade - Espagne -  
INP : 161008065



مركز  
أمراض الكلى وتصفية الدم  
السوسي

الدكتور عادل الحسني

اختصاصي في أمراض الكلى  
خريج كلية الطب بغرناطة - إسبانيا -

6/05/2023 OUPRAHLI Minie.

Echographie 28 semaines :

I. Résu. C.

Dr. SEDRAOUI ALI  
Echographie Générale  
Tél.: 0539 95 36 13 - Fax: 0539 95 36 07  
9/5/23

Dr. Adil ALHOSNI  
NEPHROLOGUE  
TANGER  
Tel.: 0539 95 36 13 - Fax: 0539 95 36 07  
9/5/23

**Dr. SEDRAOUI ALI**  
CABINET D'ECHOGRAPHIE GENERALE  
ABDOMINO, GYNÉCO-OBSTÉTRICALE  
MAMMAIRE & THYROIDIENNE  
7, Rue de Mexique, 2<sup>e</sup> Etage, TANGER  
TEL : 05.39.93.68.92

**الدكتور السدراوي علي**  
عيادة التشخيص العام بالموجات ما فوق الصوتية  
البطن - أمراض النساء و الولادة - الثدي - الغدة الدرقية  
7. شارع المكسيك، الطابق الثاني، طبعة  
الهاتف : 05 39 93 68 92

Tanger, le 09.05.2023

Mr ( Mme).....OURACHI Amina.....

NOTE D'HONORAIRE

\*\*\*\*\*

Monsieur, j'ai l'honneur de vous présenter la note d'honoraires

De .....Dr. SEDRAOUI ALI.....  
.....لهم الله .....  
Pour... Echographie ..... .....  
.....Pelerin.....

Dr. SEDRAOUI ALI  
Echographie Générale  
الدكتور سدراوي علي  
التشخيص بالموجات ما فوق الصوتية  
Tél : 0539 93 68 92 - Tanger

Patente : 50120877 - ICE : 001623845000088 - IF : 80974820

**Dr. SEDRAOUI ALI**  
CABINET D'ECHOGRAPHIE GENERALE  
ABDOMINO, GYNECO-OBSTETRICALE  
MAMMAIRE & THYROIDIENNE  
7, Rue de Mexique, 2<sup>me</sup> Etage, TANGER  
TEL. : 05.39.93.68.92

عيادة التشخيص العام بالموجات ما فوق الصوتية  
البطن - أمراض النساء والولادة - الثدي - الغدة الدرقية  
09/05/2023 7، شارع المكسيك، الطابق الثاني، طنجة  
OURIAGHLI AMINA 05 39 93 68 92

**FOIE :** - Contour régulier  
- Parenchyme d'écho structure homogène

**VESICULE BILIAIRE :**

- Paroi non épaissie
- Absence de calculs

**VOIE BILIAIRE PRINCIPALE :**

- Calibre 1 mm

**VEINE PORTE :** - Calibre 13 mm

**PANCREAS :** - Homogène

**REIN DROIT :** - L.C.C 90 mm  
- Bon rapport entre sinus et zone pyélo vasculaire

**REIN GAUCHE :** - L.C.C 96 mm  
- Cortex régulier

**RATE :** - Taille normale

**VESSIE :** - Paroi épaisse

**UTÉRUS :** - Diamètre antéro postérieur 26 mm

**CONCLUSION /** \* Reins de taille et morphologie normale  
\* Voies écrétices urinaires non dilatées  
\* Cystite chronique

TA : 11/6

Dr. SEDRAOUI ALI  
Echographie Générale  
الدكتور سدراوي علي  
المكتب الإشعاعي العام  
Tél.: 0539 93 68 92 - Tanger