

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° W21-797999

169095

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1839 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : TAOUFI - AHMED

Date de naissance : 12-9-1962

Adresse : 11 RUE - 3e FATHAM - TANGER

Tél. : 06 673 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 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible][illegible]

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

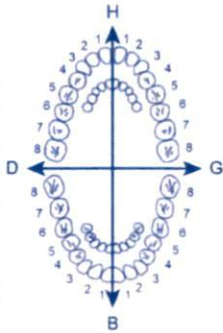
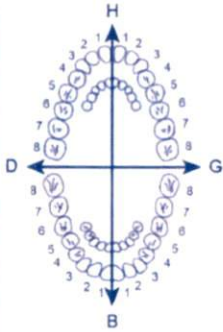
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 : 														
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION </div> <div> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> </div>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</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 style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION </div> <div> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> </div>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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

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

OURIAGHLI AMINA
192135518
OURIAGHLI AMINA

معلومات عن المؤمن له

الاسم العائلي والشخصي
رقم التسجيل
الاسم العائلي والشخصي للمستفيد

Informations sur le dossier

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

DOSSIER DE REMBOURSEMENT

15/05/2023 16:49
2023-05-06
600 DHS

معلومات عن الملف

نوع الملف
تاريخ ووقت 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.

سيدتي، سيدي،
لقد توصلنا بملفكم بخبركم 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 ;
- 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

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 مستوى الموقع الإلكتروني 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 :

Veuillez visiter notre site Web

ou le portail des assurés

ou l'application mobile

ou contacter notre centre d'appel aux numéros

www.cnss.ma

www.macnss.ma

Ma CNSS

05 20 19 40 40

للمزيد من المعلومات ولتتبع معالجة ملفكم :

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني

أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم

أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بمركز الاتصال على الأرقام

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان



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 : أصنرب
Le : 23/05/2023 : بتاريخ

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 192135518 رقم التسجيل

Règlements de la période

du : 23/05/2023 : من
au : 23/05/2023 : إلى

أداءات الفترة

Destinataire

المرسى 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
استفدت 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
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de rembour- sement	Taux de rembour- sement %	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
Total remboursé											245,00
Total général remboursé											245,00

- 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 الوضمان على الأرقام

Description des actes effectués				وصف العمليات المجرىة	
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 traitant	
06/05/23	55		200,000		
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _					
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _					

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 _ _ _ _ _ _ _ _ _						
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _						

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء، الأشعة والتصوير	
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	
06-05-23	732	1	400,000		
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _					
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممنونة	
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux		
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

Email: sedraouicabinet@hotmail.com : البريد الالكتروني

Dr. SEDRAOUI ALI
CABINET D'ECHOGRAPHIE GENERALE
ABDOMINO, GYNECO-OBSTETRICAL
MAMMAIRE & THYROIDIEN
7, Rue de Mexique, 2^{ème} Etage, TANGER
TEL : 05.39.93.68.92

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

14/08/2021

OURIAGHLI AMINA

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 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 épaissie

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 Générale
7, Rue de Mexique
Tél: 0539 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
السوريين

الدكتور عادل الحسني

اختصاصي في أمراض الكلى
خريج كلية الطب بفرنطة - إسبانيا -

6/05/2023

OUBRAHMI Mune.

Echographie abdominale :

I. R. normal.

Dr. SEDRAOUI ALI
Echographie Générale
الطبيب العام
Tél.: 0539 95 36 13 - 0539 95 36 07
9-5-2023.

Dr. ADIL ALHOSNI
NEPHROLOGUE
TANGER
Tél.: 0539 95 36 13 - Fax: 0539 95 36 07

Dr. SEDRAOUI ALI
CABINET D'ECHOGRAPHIE GENERALE
ABDOMINO, GYNECO-OBSTETRICALE
MAMMAIRE & THYROIDIENNE
7, Rue de Mexique, 2^{ème} 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، طنجة
الهاتف : 05 39 93 68 92

Tanger, le 09-05-2023

Mr (Mme).....OURAGALI AHMA.....

NOTE D'HONORAIRE

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

DeSoutre cent de heures.....

.....(140,00 dh).....

Pour.....Electrocardiogramme Aldolases.....

.....Pele.....

Dr. SEDRAOUI ALI
Echographie Générale
الدكتور السدراوي 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, GYNCO-OBSTETRICALE
MAMMAIRE & THYROIDIENNE
7, Rue de Mexique, 2^{ème} 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
09/05/2023
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 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 épaissie

UTÉRUS : - Diamètre antéro postérieur 26 mm

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

TA : 11/6

Dr. SEDRAOUI ALI
Echographie Générale
الدكتور السدراوي علي
عيادة التشخيص العام بالموجات ما فوق الصوتية
7, Rue de Mexique, 2^{ème} Etage, TANGER
TEL : 05.39.93.68.92