

## 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

### 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 une fois par an.

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 Caseablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

W21-848239

801489

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10773 Société : R.A.M. Gw

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENKIRAN SIHAT

Date de naissance : 14-11-77

Adresse : AU BR KACEM VILLA HASAK Souira PARBAT

Tél. : 068815991 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BENJELIAN TALAL Age : 53

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : PARBAT Le : 01/09/2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

W21-848239

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



[illegible][illegible]

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

[illegible]

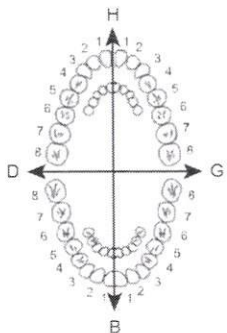
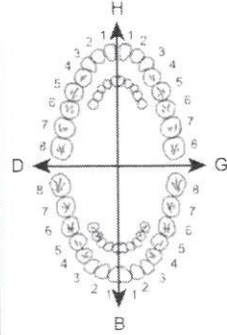
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	Coefficient DES TRAVAUX																					
					<input type="text"/>																					
					MONTANTS DES SOINS																					
					DEBUT D'EXECUTION																					
					FIN D'EXECUTION																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX																						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		<input type="text"/>								
	H																									
	25533412	21433552																								
	00000000	00000000																								
	G																									
	00000000	00000000																								
	35533411	11433553																								
	B																									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>(Création, remont, adjonction)</th> <th>Montant des Honoraires</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td> <td></td> </tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>			(Création, remont, adjonction)	Montant des Honoraires	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				MONTANTS DES SOINS
	(Création, remont, adjonction)	Montant des Honoraires																								
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																										
			DATE DU DEVIS																							
			DATE DE L'EXECUTION																							

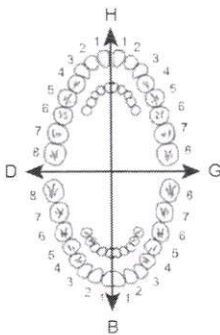
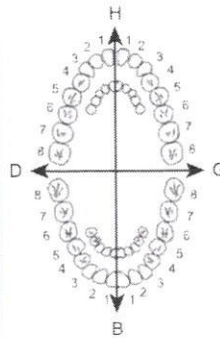
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
					
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<div>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</div> <div><div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div></div><div>D</div><div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div></div><div>G</div><div>B</div></div><div><div>(Création, remont, adjonction)</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div><div><div>Montant des Honoraires</div></div></div>				
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE DES  
MALADIES DU COEUR  
ET DES VAISSEAUX



مصلحة  
أمراض القلب  
والشرايين

Date de fabrication :  
A consommer de  
préférence avant fin :  
N° de lot

12/2022  
12/2025  
0722010

V002-01/21  
ETEXMAC030CP



PPC = 35,00 DHS



3 760162 579741

Rabat, le : 24/02/2024

DE TALAL

LOT : 23E004  
PER : 09/2025

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaï Casablanca  
Aspegic 600mg  
pdre sac B20  
P.P.V : 25,50 DH



6 118000 061090

1. Aspegic 600mg

LOT : 23E001  
PER : 05/2025

ASPEGIC 500MG  
SACHETS B20

P.P.V : 27DH20



6 118000 061090

1s23j

22.20

2. Talalay

1spt 10lt 15j

95.00

149.40

Dr MANOURI Karim  
Cardiologue  
Erg. Appt 1, Av El Massira  
N°1120, El Anzab d'Al - Rabat  
Tél: 05 37 77 22 22 / 05 60 81 75 23  
INB 101 285 287

Mme. SKALLI Laila  
Pharmacie Ibn Yassine  
Tél : 05 37 77 27 43  
Agdal - Rabat

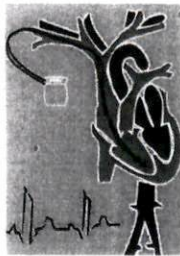
6, Place Talha - Av. Ibn Sina - Agdal - Rabat

Tél : 05 37 77 22 22 / 05 37 77 53 91 / 05 37 77 91 24 / 05 37 77 53 44

Fax : 05 37 68 19 52 - E-mail : cmcvccliniqueagdal@gmail.com - Site web : www.medecine.ma / cmcv

ICE : 001713069000035

CLINIQUE DES  
MALADIES DU COEUR  
ET DES VAISSEAUX



مصحة  
أمراض القلب  
والشرايين

Rabat, le : 27/02/2024

BENSELOWE TALAL

ECG.

RRS FC = 66 bpm

Re en place.

RR = 180 ms

Qrs T ⊖ en DII

Dr MANOURI Kawtar  
N°1120, 1er Etage  
Cardiologue  
El Merdja, Apt 1, Av El Massira  
Tél: 05 37 79 87 84 / 06 60 81 75 23  
INPE: 101 285 237

6, Place Talha - Av. Ibn Sina - Agdal - Rabat

Tél : 05 37 77 22 22 / 05 37 77 53 91 / 05 37 77 91 24 / 05 37 77 53 44

Fax : 05 37 68 19 52 - E-mail : cmcvccliniqueagdal@gmail.com - Site web : www.medecine.ma / cmcv

ICE : 001713069000035





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 : أصترب  
Le : 29/03/2024 : بتاريخ

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 131990999 رقم التسجيل  
Règlements de la période : من  
du : 29/03/2024 : إلى  
au : 29/03/2024 : إلى

المُرسل إليه  
Destinataire  
BENJELLOUN TALAL

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  
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 الاداء	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
BENJELLOUN TALAL											
138016309	27/01/2024	PH	PHARMACIES D	149,40	0,00	1,00	2,00	0,00	0,00	29/03/2024	31,92
138016309	27/01/2024	CSC	OFFICINES CARDIOLOGIE	400,00	250,00	1,00	1,00	250,00	70,00	29/03/2024	175,00
Total remboursé مجموع مبلغ التعويض											206,92
BENJELLOUN YOUSSEF											
138016308	27/02/2024	PH	PHARMACIES D	126,10	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	29/03/2024	32,62
138016308	27/02/2024	CS	OFFICINES GASTRO-ENTEROLOGIE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	29/03/2024	105,00
Total remboursé مجموع مبلغ التعويض											137,62
Total général remboursé مبلغ التعويض الاجمالي											344,54

- 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 الوالضمان على الأرقام

دار المؤمن - ساحة داكلر - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف: 0522 54 86 73 فاكس: 0522 54 86 73

Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa-Gare - Téléphone : 0522 54 86 07 Fax : 0522 54 86 73

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة دكاكر - الدار البيضاء من ب 2186 الدار البيضاء الحظرة - الهاتف 060 263 3333  
CNSS, Place de DAKAR, Casablanca BP 2186 Cas Gare Téléphone: 060 263 3333



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 طبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin Infectiologue	
27/04/2014	ECG		10,00	<p><b>Clinique des Maladies du Cœur et des Vaisseaux</b>  <b>Dr MAJOURI Kawtar</b>            Cardiologue            N°1128, 1er Étage, Apt 1, Av El Massira            El MAREJ, 10120 Rabat            Tél: 05 37 79 47 84 / 06 80 81 75 23            INPE: 101 235 237</p>	
	CS		20,00		
INPE et code à Barres					
101208523A					
INPE et code à Barres					
101208523A					

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						
101208523A						
INPE et code à Barres						
101208523A						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

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 الإحياء Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
INPE et code à Barres					
101208523A					
INPE et code à Barres					
101208523A					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			جرد الوصفات التي لم تنفذها و التجهيزات الطبية الممنونة	
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	القيمة المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseur des dispositifs médicaux		
27-1-2014	149.40	<p><b>Dr. SKALLI Laila</b>            Pharmacie Ibn Yassir            05 37 77 27 43            Rabat</p>		
INPE et code à Barres				
101208523A				
INPE et code à Barres				
101208523A				

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

INPE:

102033495

CLINIQUE DES MALADIES  
DU COEUR ET DES VAISSEAUX



مصحة أمراض  
القلب والشرايين

100061159



F A C T U R E

N° 617 / 2024 du 27/01/2024

Nom patient	BENJELLOUN TALAL	Entrée	Sortie
		27/01/2024	27/01/2024
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
ECG	1.00		150.00	150.00
			Sous-Total	150.00
Total Frais Clinique				150.00
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. MANOURI KAWTAR (cardiologue)	1.00	V2	250.00	250.00
			Sous-Total	250.00
Total prestations externes				250.00

	Total général	400.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		
QUATRE CENTS DIRHAMS		

Notre compte bancaire : BMCE 011.810.0000.14.200.00.06853.73

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	400.00				400.00	0.00

Clinique des Maladies  
du Cœur et des Vaisseaux  
Clinique Agdal - Rabat  
Tél.: 05 37 77 77 77 / 77 91 24 / 77 53 44 / 77 22 22 / 77 53 91  
ICE : 001713069000035