

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

80 1489

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>10773</u>	Société : <u>R.A.M</u>	<u>Couven</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>BENKIRAN SI HASSAN</u>			
Date de naissance : <u>14-11-77</u>			
Adresse : <u>AU BIR KACER VILLA HASAN LOUSSI RABAT</u>			
Tél. : <u>0668815991</u>	Total des frais engagés : Dhs		

Autorisation CNPD N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : / /	
Nom et prénom du malade : <u>BENSELLAH TALAL</u> Age : <u>53</u>	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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 : RABAT

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



VOLET ADHÉRENT	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 :		

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VIOLET ADHERENT

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

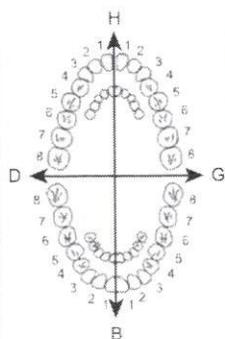
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

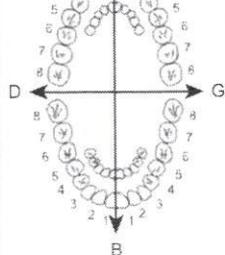
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

D	25533412 00000000	21433552 00000000
	00000000	00000000



[Création, remont, adjonction]

Montant des Honoraires



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**CLINIQUE DES
MALADIES DU COEUR
ET DES VAISSEAUX**



**مصحة
أمراض القلب
والشرايين**

Date de fabrication :

A consommer de

préférence avant fin :

12/2022

12/2025

07/2010

PPC = 35,00 DHS

V002 - 01/21

ETEXMACO30CP



Rabat, le : 24/02/2024

NE TALHA

LOT : 23E004
PER.: 09/2025

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.F.1,
Ain seba Casablanca
Aspegic 500mg
pdr sac B20
P.P.V : 25,50 DH

6 118000 061090

LOT : 23E001
PER.: 05/2025

ASPEGIC 500MG
SACHETS B20

P.P.V : 27DH20

6 118000 061090

1. Arpege 500mg

15x3ij

CF 22.20

2. Catonay

10x10ml 15j

95.00

149.40

Dr MANOURI Kamil
Cardiologue
N°1120, 1er Etg. Appt 1, Av El Massira
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 : cmcvcliniqueagdal@gmail.com - Site web : www.medecine.ma / cmcv
ICE : 001713069000035

Mme. SKALLI Latifa
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 : cmcvcliniqueagdal@gmail.com - Site web : www.medecine.ma / cmcv

**CLINIQUE DES
MALADIES DU COEUR
ET DES VAISSEAUX**



**مَكْلِفَةٌ
أَمْرَاضُ الْقَلْبِ
وَالشَّرَابِيَّنِ**

Rabat, le : ٢٧/٠٢/٢٠٢٤

BEN SEDOUNE TALAL

ECC.

RRS FC = 66 bpm

Asy en pôle.

RR = 180ms

Asy T () en DII

Dr MAMOURI Kader
Cardiologue
El Menzah, Appt 1, Av El Massira
Tél: 05 37 79 784 / 06 50 81 75 23
IMPE: 01 285 237

 الضمان الاجتماعي CNSS	البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري Relevé périodique des prestations AMO		 مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Ref. : 610-2-06 مراجع رقم : 29/03/2024 صفحة 1 / 1
	Emis à : Le : 29/03/2024	أصدر ب : بتاريخ :	
N° d'immatriculation 131990999 رقم التسجيل Règlements de la période du : 29/03/2024 من : au : 29/03/2024 إلى :		Destinataire BENJELLOUN TALAL	

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

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استفدت منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم العلف	تاريخ العلاج	العنيلات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	المترقبة 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
BENJELLOUN TALAL											
138016309	27/01/2024	PH	PHARMACIES D OFFICINES CARDIOLOGIE	149,40	0,00	1,00	2,00	0,00	0,00	29/03/2024	31,92
138016309	27/01/2024	CSC		400,00	250,00	1,00	1,00	250,00	70,00	29/03/2024	175,00
Total remboursé											
206,92											
BENJELLOUN YOUSSEF											
138016308	27/02/2024	PH	PHARMACIES D OFFICINES GASTRO-ENTEROLOGIE	126,10	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	29/03/2024	32,62
138016308	27/02/2024	CS		300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	29/03/2024	105,00
Total remboursé											
137,62											
Total général remboursé											
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 D'AMANE 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 له
 أو تطبيق الهاتف
 أو الاتصال بالجيب 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.

نوع وظيفة الوكالة
Cachet et signature de l'Agence

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

بحسب إيقاع ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير,...).

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

يجب إيقاع الوصفات المرسلة بالرمز الشرطي للأدوية المشتراء.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الاختبارية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في طرف 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.

شبيه تعويض المبالغ المصروفة على أساس التغيرة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهننا بطلب الموافقة المسبقة.

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطر الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهن باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier: ٢٠١٦٠٣٠١٠٢٠١٧

Date d'arrivée: ٢٠١٦٠٣٠١٠٢٠١٧

خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de Soins Maladie



موافقة مسبقة *
Entente préalable *

تنفيذ *
Exécution *

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم 610-1-02

Ref. ANAM: 11203

0661163501

خاص بالمؤمن له (الها)

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : BENJELLOUN TALAL

N° Immatriculation : 131991091991

N° CIN :

A599417

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

Conjoint زوج

Enfant ابن

Adresse : AU PAR KACBI VILLA HAFSA Soutki Rabat

54940 درهم Dhs

Montant des frais :

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : BENJELLOUN TALAL

26.08.1970

Date de naissance :

N° CIN:

A599417

Sexe* :

M ♂ ذكر F ♂ أنثى

INPE et code à barres :

10121852371

Médecin traitant
الطبيب المعالج

Etablissement de soins
المؤسسة العلاجية

Type de soins* :

Hospitalisation استشفاء Maternité نومية Accident حادثة

Maladie مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessous.

أشهده بمحنة كل ما ذكر أعلاه

Fait à :

Le : 20.03.2017 في :

توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessous sincères et véritables.

RABAT

Fait à :

Le : 20.03.2017 في :

Kamtar
Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins
Av El Massira
Téléphone: 2279478400000017523
CNSS Place de DAKAR_Cassine BP 2186 Casse Gare Téléphone: 060 203 3333

* Cocher la mention utile pour chaque case

** Accroître l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة داكار - الدار البيضاء - مرسى داكار - 2186 - 060 203 3333

العمليات الإيجياء، الأشعة والتصوير

توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإيجياء
Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	الصيغة المفوتر Montant facturé	Signature et Cachet du Biologiste Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

Description des actes effectués

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	الصيغة المفoter Montant facturé	وصلات المجرأة Signature et Cachet du Médecin
27/01/2014	ECG	CS	100,00	Signature et Cachet du Dr MAOURI Kawtar du Coeur et des Maladies Vaisseaux Clinique Ibn Yassine Rabat Tel.: 05 37 77 22 22 Dr MAOURI Kawtar Cardiologue N°1129, 1er Etage, 1, Av El Massira El Mazzeh, 10000 Rabat Tél: 05 37 77 22 22 / 06 50 81 75 23 INPE et code à Barres 102033495

CIM-10

Actes Paramédicaux

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفoter Montant facturé	وصلات المساعدين الطبيين Signature et Cachet du Paramédical

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

جريدة الوصفات التي لم تنفيذها والتوجهات الطبية المعونة

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفoter Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلاني محمد الطيبة Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseur des dispositifs médicaux
27-1-2014	149.40	SKALLI Laâbi Signature Ibn Yassine Tél: 05 37 77 22 22

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

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 27/01/2024	Sortie 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

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

Notre compte bancaire : BMCE 011.810.0000.14.200.00.06853.73

	Espèces			Total encaissé	Solde
Encaissements	400.00			400.00	0.00

Clinique des Maladies
du Coeur et des Vaisseaux
Clinique Agdal - Rabat
Tél.: 05 37 77 22 22
ICE : 001713069000035