

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

W21-844869

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10773 Société : R.A.M.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENKIRAN SIHAN

Date de naissance : 14/11/1977

Adresse : AU BIE KRAH villa Hajar Souissi RABAT

Tél. : 0668 8159 91 Total des frais engagés : Dhs

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BENJELLOUN YOUSSEF Age : 13

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 : RABAT Le : 01/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie W21-844869

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][illegible][illegible]

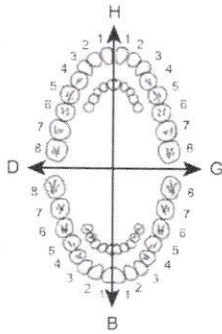
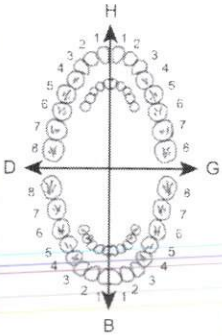
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	Coefficient DES TRAVAUX
					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>				
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	Montant des Honoraires			
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION


VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ation de remboursement prise par la
st subordonnée au respect des conditions
ntaires et de ce qui précède.

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

خاص بمديري التأمين الصحي الاجباري Réservé à la DAMO		توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	
تاريخ الاستلام : _ _ / _ _ / _ _		Date d'arrivée : _ _ / _ _ / _ _	
تاريخ الابداع : _ _ / _ _ / _ _		تاريخ الدفع : _ _ / _ _ / _ _	

 الضمان الاجتماعي CNSS	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie	مديرية التأمين الصحي الإقليمي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم: 610-1-02
N° Dossier :		0661163501
Partie réservée à l'assuré(e)		من بالمؤمن له (ها)
Nom et prénom : BENSELLOUN TALM		المعالي والشخصي
N° Immatriculation : 1319909991		التسجيل
N° CIN : A59114171		طاقة التعريف الوطنية
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *		العلاقة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج		Enfant <input checked="" type="checkbox"/> ابن
Adresse : AU PAK KASTAVIA HMKR SOUSSE RABAT		المساكنة
Montant des frais : 426,10 Dhs		المصاريف
Nombre de pièces jointes :		الوثائق المرفقة
Déclaration du médecin traitant		إعلان الطبيب المعالج
Bénéficiaire de soins		مستفيد من العلاجات
Nom et prénom : BENSELLOUN YOUSSEF		المعالي والشخصي
Date de naissance : 08/08/1910		التاريخ
N° CIN : 1111111111		طاقة التعريف الوطنية
Sexe : M <input checked="" type="checkbox"/> ذكر F <input type="checkbox"/> أنثى		الجنس
INPE et code à barres **		رقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر **
Médecin traitant الطبيب المعالج		Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif 36, Rue Idress Akkar, HASSAÏ, Rabat Tel.: 05 37 75 75 28 INPE: 131047485
Type de soins *		نوع العلاجات *
Hospitalisation <input type="checkbox"/> استشفاء Maternité <input type="checkbox"/> أمومة Accident <input type="checkbox"/> حادثة Maladie <input checked="" type="checkbox"/> مرض		
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : 23/03/2024		بمصادقة وصحة مات المذكورة أعلاه 27 FEB. 2024
Le : توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)		Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : RABAT Le : Dr. Anis BALAFREJ Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif 36, Rue Idress Akkar, HASSAÏ, Rabat Tel.: 05 37 75 75 28

080 203 3333 الهاتف 2186 الوطني للصحة العامة
CNS - Place DAKAR - Casablanca BP 206 080 203 3333
CNS - Place DAKAR - Casablanca BP 206 080 203 3333

نوع و وصف الممارسات		وصف الممارسات	
رمز الممارسات Code des actes	معامل الممارسات Lettre clé cotation NGAP	المبلغ المفقوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
38	Cs	300	Dr. Anis SALAFREJ Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif 36, Rue Hass. Al Akbar, Appt. N° 1 Hassat, Rybar - Tél.: 05 47 73 73 28 INPE : 131017485
à Barres			
17485			
CIM-10			

نوع و وصف الممارسات		وصف الممارسات	
رمز الممارسات Code des actes	معامل الممارسات Lettre clé cotation NGAP	عدد الممارسات Nbre d'actes	المبلغ المفقوت Montant facturé
38	Cs	300	Dr. Anis SALAFREJ Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif 36, Rue Hass. Al Akbar, Appt. N° 1 Hassat, Rybar - Tél.: 05 47 73 73 28 INPE : 131017485
à Barres			
17485			
CIM-10			

0 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

نوع و وصف الممارسات		وصف الممارسات	
رمز الممارسات Code des actes	معامل الممارسات Lettre clé cotation NGAP/NABM	المبلغ المفقوت Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الأحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
38	Cs	300	Dr. Anis SALAFREJ Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif 36, Rue Hass. Al Akbar, Appt. N° 1 Hassat, Rybar - Tél.: 05 47 73 73 28 INPE : 131017485
à Barres			
17485			
CIM-10			

نوع و وصف الممارسات		وصف الممارسات	
رمز الممارسات Code des actes	معامل الممارسات Lettre clé cotation NGAP/NABM	المبلغ المفقوت Montant facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممنون التجهيزات Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
38	Cs	300	Dr. Anis SALAFREJ Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif 36, Rue Hass. Al Akbar, Appt. N° 1 Hassat, Rybar - Tél.: 05 47 73 73 28 INPE : 131017485
à Barres			
17485			
CIM-10			

نوع و وصف الممارسات			
نوع الممارسة	المبلغ المفقوت	المبلغ المفقوت	المبلغ المفقوت
38	Cs	300	Dr. Anis SALAFREJ Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif 36, Rue Hass. Al Akbar, Appt. N° 1 Hassat, Rybar - Tél.: 05 47 73 73 28 INPE : 131017485
à Barres			
17485			
CIM-10			



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 : 29/03/2024

أصدر ب :
بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 131990999

رقم التسجيل

Règlements de la période

أداءات الفترة

du : 29/03/2024 : من
au : 29/03/2024 : إلى

Destinataire

المرسل إليه

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	Coef.	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											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											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 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

Trimeda

Trimébutine m.

Lot:
À consommer de
préférence avant le:

230868

10/2028

PPC: 79,50 DH

LOT : 3172
PER : 03 - 28
P.P.V : 46 DH 60

بالميعاد

20 gélules

الرباط في

BENJELLOUN YOUSSEF

79.50

2/ CARBOURB

46.60

2/ TRIMEDAT

1 gélule x 2/

126.10

Dr. Anis BALAFREJ
Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif
Akbar, App. N° 1, Hassan - Rabat
36, Rue Idriss Al Akbar, APP N° 1, Hassan - Rabat
Tél : 05 37 73 73 28
INPE : 131017485

36, Rue Idriss Al Akbar, APP N° 1,
1^{er} étage, Hassan - RABAT

(Tramway : Ligne 1 & 2, Station Tour Hassan)

Tél : 05 37 73 73 28

Fax : 05 37 73 73 29

E-mail : anisbalafrej@hotmail.com

36, زنقة مولاي إدريس الأكبر شقة رقم 1

الطابق الأول، حسان - الرباط

(طرامواي الخط الأول، 2 و 1 محطة صومعة حسان)

الهاتف : 05 37 73 73 28

الفاكس : 05 37 73 73 29