

# 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 |

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



# Déclaration de Maladie

N° W21-786406

*copie*

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 10773		Société : RAN	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<i>BENKIRAN SILMI</i>
Nom & Prénom : BENKIRAN SILMI		<i>AU9/119</i>	
Date de naissance : 14/11/77			
Adresse : Avenue Bir Kace ville Hajem Souissi RABAT			
Tél. : 0668 815991		Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : BENJELLOUN TALAL Age: 52	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : Rabat

Signature de l'adhérent(e) :



Le : 08/12/2023

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	
N° W21-786406	
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 :	

**AVIS DE PAIEMENT PAR  
MISE A DISPOSITION**

REF : 610-2-04

إشعار بالاداء بوضع  
رهن الإشارة

مرجع رقم : 610-2-04

**Assurance Maladie Obligatoire****التأمين الصحي الإجباري**Référence structurée : **230133623683968**Emis à Casablanca le : **17/01/2023**N°d'immatriculation : **131990999**

رقم المرجع التركيبى :

اصدر بالبيضاء في :

رقم التسجيل :

DESTINATAIRE :



المرسل إليه

**BENJELLOUN TALAL****AV BIR KACEM VILLA HAJAR SOUSSI****10170 RABAT**

Montant (en chiffres) :

**1073,45 DH**

المبلغ بالأرقام

Montant (en lettres) :

**Mille Soixante Treize Dhs Et Quarante Cinq Centimes**

المبلغ بالحراف

Le montant correspondant au présent remboursement est mis à votre disposition auprès de toutes les agences de la **BMCE BANK** jusqu'au :

**18/03/2023**

Pour encaisser cette somme, vous êtes priés de vous présenter à l'agence BMCE de votre choix, muni du présent avis et de votre **carte d'identité nationale**.

المبلغ المتعلق بهذا الأداء يوجد رهن إشارتكم لدى وكالات البنك المغربي للتجارة الخارجية إلى غاية:

لتغاضي هذا المبلغ المرجو منكم الالتحاق بা�حدى وكالات هذا البنك مصحوبين بهذا الإشعار وكذا ببطاقة تعرفكم الوطنية

يؤدى في جميع وكالات البنك المغربي للتجارة الخارجية

Payable dans toutes les agences de la BMCE BANK

**BMCE BANK**

### 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.

Signature et tampon de l'agent

Cachet et signature de l'Agence

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : \_\_\_\_\_

Date d'émission : \_\_\_\_\_

### Instructions à suivre

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حادث 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 ذات الصلة إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي على طرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية ملائمة في حالة العلاج الممتد في هذه الحالة. يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويم المبالغ المصروفة على أساس التعرفة الوطنية المرجعية.

تعوييم بعض الخدمات يطلب رهينا بطلب المراجعة المسبقة.

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

الأخطار الناجمة عن حوايات الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتغطية.

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

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

 <b>الصندوق الاجتماعي CNSS</b> <i>Le doyen de nos prestations</i>	<b>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</b> <b>Feuille de Soins Maladie</b>	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-1-02
--	---	--

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : **BENJELLOUN TALAL** الاسم العائلي والشخصي :

N° Immatriculation : **1319309291** رقم التسجيل :

N° CIN :

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

Conjoint ابن

Enfant ابن

Adresse : **Avenue Béni Kacem Villa Hôpital Louis Pasteur** العنوان :

Montant des frais :

**1600.80 Dhs**

مبلغ المصروف :

عدد الوثائق المرفقة :

تصريح الطبيب المعالج :

المستفيد من العلاجات :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : **BENJELLOUN TALAL**

Date de naissance :

**29/08/1975**

N° CIN:

**1319309291**

Sexe :

Mذكر

Fأنثى

INPE et code à barres :

**101074664**

Etablissement de soins

الوحدة العلاجية

Type de soins\*

Hospitalisation

Maternité

Accident

Maladie

غير

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.  
Fait à : \_\_\_\_\_

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
Fait à : \_\_\_\_\_

توقيع المعاشر له  
Signature de l'assuré(e)

تصريح الطبيب المعالج أو المعاشرة الصحية  
Cachet et Signature du Médecin traitant et/ou l'Etablissement de soins

\* Cocher la mention valise pour chaque case  
\*\* Accoller l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres  
الصادق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة 1451 - الدار البيضاء من ساحة 2000 - المدخل السادس عشر - الولادة 6  
CNSS, Place de DAKAR - Casablanca BP: 2196 Code Gare Téléphone : 050 203 3333

عمليات الإجماء الأشعة والصور

توقيع وطبع طبيب الأشعة أو الإجماء  
Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

وصف العمليات المجرأة

Description des actes effectués				
نارخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معلم العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطبع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
29/11/22		G	300,80	 Dr. HASSOUNI Abderrahmane Hepato-Gastro-Endocrinologist Tel: 022 773 77 77 Docteur HASSOUNI A Hepato-Gastro-Endocrinologist Tel: 022 773 77 77
INPE et code à Barres				101074664
INPE et code à Barres				1_1_1_1_1_1_1_1

CIM-10

Actes Paramédicaux						
عمليات المساعدين الطبيين						
نارخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معلم العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطبع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
INPE et code à Barres						1_1_1_1_1_1_1_1
INPE et code à Barres						1_1_1_1_1_1_1_1

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

نارخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معلم العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطبع طبيب الأشعة أو الإجماء Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INPE et code à Barres				1_1_1_1_1_1_1_1
INPE et code à Barres				1_1_1_1_1_1_1_1

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممنونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

نارخ التنفيذ Date d'exécution	الشمن المفوت Prix facturé	توقيع الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
29/11/22	1300,80	 Pharmacie Bir Kacem, Souissi Zabat - Tél.: 05 37 65 88 20
INPE et code à Barres		102015914
INPE et code à Barres		1_1_1_1_1_1_1_1

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

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total



**Docteur Hassouni Abderrahim**

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nancy

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif

Hémorroïdes - Endoscopie Digestive

Résidence Réda - Imm B - N° 11

Rue Mellia - Bab Mellah - Rabat

Tél : 05 37 73 55 66

**الدكتور الحسوني عبد الرحيم**

خريج كلية الطب بناسى

إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

المعدة - الأمعاء - الكبد و البواسير

شهادة الكشف بالمنتظر

إقامة رضا - عمارة ب - رقم 11

زنقة مليلية - باب الملاح - الرباط

الهاتف : 05 37 73 55 66

Rabat le ..... 29/11/22 .....

M. Benjelloun Tarek

45,95 x 2

Tributne sel

365

1gr x 3

25,50 x 5

Reciper x 3

29/11/2011  
Rue Bir Kacem, Suisse  
Venue Bir Kacem, Suisse  
Bir Kacem, Suisse

x 2  
1/2 hr ad  
Reciper

8 giorni

134,90

cibabex

15/1 4 giorni

1300,80

الدكتور الحسوني عبد الرحيم  
Dr. HASSOUNI A.  
Hepato-Gastro-Enterologue  
Tél : 0537 73 55 66 - Rabat

للمعرفة