

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

- 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.

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

W21-836377

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10773

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENKIRAN Siham

Date de naissance :

14/11/1977

Adresse :

AV BOIR KACEN VILLA HAFAR Souissi

RABAT

Tél. : 0663 81 59 91

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BENKIRAN Talal Age :

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 : 01/01/24

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

W21-836377

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 :



**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 : 610-2-06

صفحة

Page 1 / 2

المرسل إليه

N° d'immatriculation	131990999	رقم التسجيل
Règlements de la période		أداءات الفترة
du :	18/12/2023	: من
au :	18/12/2023	: إلى

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 استقدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العملية	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعريفة 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											
145044474	31/10/2023	CSC	CARDIOLOGIE	400,00	250,00	1,00	1,00	250,00	70,00	18/12/2023	175,00
145044474	31/10/2023	B	LABORATOIRES D ANALYSES PHARMACIES D	275,00	275,00	250,00	1,00	275,00	70,00	18/12/2023	192,50
145044477	20/11/2023	PH	OFFICINES RADIOLOGIE	428,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	18/12/2023	0,00
145044477	20/11/2023	ANG2	ANESTHESIE -REANIMATION	2520,00	1000,00	1,00	2,00	2000,00	70,00	18/12/2023	1400,00
145044478	04/11/2023	CS	ANESTHESIE -REANIMATION LABORATOIRES D	409,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	18/12/2023	105,00
145044475	01/11/2023	B	ANALYSES LABORATOIRES D	693,00	693,00	630,00	1,00	693,00	70,00	18/12/2023	485,10
145044475	01/11/2023	PH	OFFICINES PHARMACIES D	131,50	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	18/12/2023	92,05
145044475	01/11/2023	CSC	CARDIOLOGIE	300,00	159,50	1,00	1,00	159,50	70,00	18/12/2023	111,65
145044475	01/11/2023	R400	CARDIOLOGIE	900,00	450,00	1,00	1,00	450,00	70,00	18/12/2023	315,00
145044475	01/11/2023	H599	CARDIOLOGIE	800,00	400,00	1,00	1,00	400,00	70,00	18/12/2023	280,00
145044525	04/11/2023	B	LABORATOIRES D ANALYSES	341,00	341,00	310,00	1,00	341,00	70,00	18/12/2023	238,70
145044525	04/11/2023	B	LABORATOIRES D ANALYSES	110,00	110,00	100,00	1,00	110,00	70,00	18/12/2023	77,00
145044525	04/11/2023	B	LABORATOIRES D ANALYSES	495,00	495,00	450,00	1,00	495,00	70,00	18/12/2023	346,50
145044525	04/11/2023	CSC	CARDIOLOGIE	400,00	250,00	1,00	1,00	250,00	70,00	18/12/2023	175,00
Total remboursé											3993,50
مجموع مبلغ التعويض											

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/Portal/

« Ma CNSS »

080 20 30 100

080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات:

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني أو

أو البوابة الإلكترونية للمؤمن له

أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بالسيف الإلكتروني على الرقم

0522 54 86 07

Fax : 0522 54 86 73

**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
مراجع رقم :

صفحة 2 / 2

		Emis à : CASABLANCA Le : 19/12/2023	أصدر ب : بتاريخ :	المرسل إليه
		Destinataire		
N° d'immatriculation	131990999	رقم التسجيل	BENJELLOUN TALAL	
Règlements de la période		أداءات الفترة		
du : 18/12/2023	: من			
au : 18/12/2023	: إلى			

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
استقدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصروف	التعريفة 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
Total général remboursé											3993,50

- 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

Description des actes effectués

Description des actes effectués					وصف العمليات المجرأة
نوع العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	القيمة المفوت Montant facturé	توقيع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	
04/11/2023		F.C	209.58	200.00	
INPE et code à Barres	1111111111111111	1/2			
INPE et code à Barres	1111111111111111				

CIM-10

Actes Paramédicaux

التاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفoter Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

صف العمليات المجرأة

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الاجياء، الاشعة والتصوير .
نوع وطابع طبب الاشعة او الاحياني	Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste			
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé- cotation NGAP / NABM	المبلغ المفoter Montant facturé	
INPE et code à Barres	_____	_____	_____	_____
INPE et code à Barres	_____	_____	_____	_____

جريدة الوصفات التي يتم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

نوع وقائع الصيدلي او مهور الناهيرات الطبية	الثمن المفoter Prix facturé	تاريخ التنفيذ Date d'exécution
INPE et code à Barres 		
INPE et code à Barres 		

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

Prestations et services non pris en charge			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

CLINIQUE AGDAL

Médico-Chirurgicale

Rabat



مصححة أثداء للطب والجراحة الرباط

استقبال المستعجلات وحالات الإنعاش (الكبار والأطفال) والفحوص بالأشعة و المختبر على مدار الساعة
Urgences, Réanimation (adultes, nourrissons), Radiologie, Laboratoire 24h/24,7j/7

Rabat, le 04/11/2023

Capt. ruls de consultatin

Mr Bajeller Talal ayant consulté
ce jeudi pour égastrostomie.

Il a bénéficié d'une injection d'antiphages.

Dr. S. D. Nawfal
Anesthésie Réanimation
Hôp. Ibn Sina - Rabat

ساحة طلحة، شارع ابن سينا، أكادل - الرباط - الهاتف : 05 37 67 77 77 - 05 37 77 77 77 - الفاكس : 05 37 67 77 11 / 12 / 6, Place Talha, Avenue Ibn Sina, Agdal - Rabat - Tél : 05 37 67 77 77 - 05 37 77 77 77 - Fax : 05 37 67 77 11 / 12 /

Site Web : www.clinique-agdal.com - E-mail : cliniquerabatagdal@gmail.com

CLINIQUE AGDAL

MEDICO - CHIRURGICALE
6, Place Tahla Av. Ibn Sina Agdal
Tel : 05 37 77 77 77 - 05 37 67 77 77

F A C T U R E

N° Admission : 23K040537

N° 10 269 / 2023 du 07/11/2023

Nom patient	BENJELLOUN TALAL	Entrée	Sortie
		04/11/2023	04/11/2023
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
FRAIS CLINIQUE	1,00	INJECTION	200,00	200,00
			Sous-Total	200,00
PHARMACIE	1,00		9,58	9,58
			Sous-Total	9,58
Total Frais Clinique				209,58
PRESTATIONS EXTERNES				
CAIDI NAWFAL (reanimat)	1,00	V2	200,00	200,00
DR. EL HADDOURY MOHAMED (anesthesia rea)	1,00	GRATUIT		0,00
			Sous-Total	200,00
Total prestations externes				200,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> <i>QUATRE CENT NEUF DIRHAMS CINQUANTE-HUIT CENTIMES</i>	Total général	409,58

Notre compte bancaire : 007 810 0004461000304070 92- ATTIJARIWAFA BANK- RABAT

	Espèces		Total encaissé	Solde
Encaissements	409,58		409,58	0,00

CLINIQUE AGDAL
MEDICO - CHIRURGICALE
6, Place Tahla Av. Ibn Sina Agdal
Rabat

Reçu de caisse

N° : 2311040640230010 / 2 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
23K040537	BENJELLOUN TALAL	04/11/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		409,58
PAYANT	Total payé	409,58
QUATRE CENT NEUF DIRHAMS CINQUANTE-HUIT CENTIMES		

Reçu établi par : ABDELALI

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient	BENJELLOUN TALAL	N° Facture :	10 269	23K040537
Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant	
MORPHINE 10 MG B10 INJECTA (10)	1	4,58	4,58	
Sous-Total médicaments				4,58
SERINGUE 2.5 CC (001)	1	5,00	5,00	
Sous-Total consommable médical				5,00
(*) Conditionnement hospitalier		Total pharmacie		9,58