

# 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.



## Déclaration de Maladie

W21-836377

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10773 Société : R.A.N.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 190432

Nom & Prénom : BENKIRAN SIHAM

Date de naissance : 14/11/1977

Adresse : AV BOU KACER VILLA HAJAR SOUS

RABAT

Tél : 0668 81 59 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 : Bengelloun 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 : 07 / 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 : .....

## Adresses Mails utiles

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





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

أصدر ب :

Page 1 / 2

الصفحة

Le :

19/12/2023

بتاريخ :

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

Veillez 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 الأداء	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											
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	275,00	275,00	250,00	1,00	275,00	70,00	18/12/2023	192,50
145044477	20/11/2023	PH	ANALYSES PHARMACIES D	428,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	18/12/2023	0,00
145044477	20/11/2023	ANG2	OFFICINES RADIOLOGIE	2520,00	1000,00	1,00	2,00	2000,00	70,00	18/12/2023	1400,00
145044478	04/11/2023	CS	ANESTHESIE	409,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	18/12/2023	105,00
145044475	01/11/2023	B	-REANIMATION LABORATOIRES D	693,00	693,00	630,00	1,00	693,00	70,00	18/12/2023	485,10
145044475	01/11/2023	PH	ANALYSES PHARMACIES D	131,50	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	18/12/2023	92,05
145044475	01/11/2023	CSC	OFFICINES 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	341,00	341,00	310,00	1,00	341,00	70,00	18/12/2023	238,70
145044525	04/11/2023	B	ANALYSES LABORATOIRES D	110,00	110,00	100,00	1,00	110,00	70,00	18/12/2023	77,00
145044525	04/11/2023	B	ANALYSES LABORATOIRES D	495,00	495,00	450,00	1,00	495,00	70,00	18/12/2023	346,50
145044525	04/11/2023	CSC	ANALYSES 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](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 أو الضمان على الأرقام

البيان الدوري لتعويضات التأمين  
الصحي الإجباري

مديرية التأمين  
الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance  
Maladie Obligatoire  
Réf. : 610-2-06 : مرجع رقم

Relevé périodique des prestations AMO

Emis à : CASABLANCA  
Le : 19/12/2023

أصدر ب :  
بتاريخ :

Page 2 / 2

الصفحة

N° d'immatriculation 131990999

رقم التسجيل

Destinataire

المرسل إليه

Règlements de la période

أداءات الفترة

BENJELLOUN TALAL

du : 18/12/2023 : من  
au : 18/12/2023 : إلى

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 الأداء	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
Total général remboursé										مبلغ التعويض الاجمالي	
										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](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 أو الضمان على الأرقام



تعليمات يجب إتباعها

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.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

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  
المستثناة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة . يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات بطل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.


لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطنى للضمان الاجتماعى.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية  
غير قابلة للتعويض.

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

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

[illegible]

 <b>CNSS</b> Le devoir de vous protéger	<b>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</b> <b>Feuille de Soins Maladie</b>	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	Réf - 610-1-02 مرجع رقم	RELAMAT : 12/01/01
	* موافقة مسبقة * Entente préalable *	* تنفيذ * Exécution *		

N° Dossier : **06681163501**

---

Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (ها)

Nom et prénom : **BENSELLOUN TALM** الاسم العائلي والشخصي :

N° Immatriculation : **13119909999** رقم التسجيل :

N° CIN : **A599417** رقم بطاقة التعريف الوطنية : ا - 1 A599417

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) \* علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (ها) \*

☐ Conjoint زوج
☐ Enfant ابن

Adresse : العنوان :

Montant des frais : مبلغ المصاريف :

Dhs 409,18 درهم

Nombre de pièces jointes : عدد الوثائق المرفقة :

04

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : **BENSELLOUN TALM** الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : **26.02.1970** تاريخ الميلاد :

N° CIN : **A599417** رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe : الجنس :

☒ M ذكر ☐ F أنثى

INPE et code à barres \*\* الرقم الوطني للاستدالي والرقم الممسفر \*\*

Médecin traitant الطبيب المعالج	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية
------------------------------------	--

Type de soins\* نوع العلاجات\*

Hospitalisation ☐ استشفاء Maternité ☐ أمومة Accident ☐ حادثة Maladie ☒ مرض

---

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Fait à : **01.12.2023** ب : في

Le : **01.12.2023** في

توقيع المؤمن له  
 Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables أصرح بتصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Fait à : **Rabat** ب : في

Le : **01.12.2023** في

ختم وطوق الطبيب المعالج والمؤسسة الصحية  
 Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

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

080 208 3333 - الشانغ: 3333 208 080  
CNSS, Place de DAKAR - Casablanca BP. 2186 Casa Gare Téléphone: 080 208 3333



وصف العمليات المجراة				Description des actes effectués
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
04/11/2023		F.C	209,58	
		1/2	200,00	
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

CIM-10

عمليات المساعدين الطبيين					Actes Paramédicaux
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					
INPE et code à Barres					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

عمليات الاحياء، الاشعة والصور				Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الاشعة أو الاحياء Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة			Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	
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

**CLINIQUE AGDAL**

Médico-Chirurgicale

Rabat



**مصحة أكدال**

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

Compte rendu de consultation

Mr Bejjeller Talal a été consulté  
ce jour pour épigastalgies.

Il a bénéficié d'une injection  
d'antalgiques.

CLINIQUE AGDAL  
6, Place Talha - Rabat  
Tél : 05 37 77 77 77 (L.G.)  
Fax : 05 37 77 77 77 (L.G.)  
Dr. El Haddouy Mohamed  
Anesthésiste - Réanimateur  
6, Place Talha - Rabat  
Tél : 05 37 77 77 77 (L.G.)  
Fax : 05 37 77 77 77 (L.G.)  
Dr. CADI Nawfal  
Anesthésiste - Réanimateur  
6, Place Talha - Rabat  
Tél : 05 37 77 77 77 (L.G.)  
Fax : 05 37 77 77 77 (L.G.)

# 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 HADDURY MOHAMED (anesthésie rea)	1,00	GRATUIT		0,00
			Sous-Total	200,00
Total prestations externes				200,00

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

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

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

## Reçu de caisse

N° : 23110406402300100 / 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
Total pharmacie			9,58

(\*) Conditionnement hospitalier