

## 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

W21-836373

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : .....

Matricule : 10773 Société : RAT

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : BENKIRAN SIHAM

Date de naissance : 19/11/1977

Adresse : Avenue Bar Kacen villa Majan Souk

Tél. : 0668815991 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 : BENSELLOUN 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 : 09/01/2024

Signature de l'adhérent(e) : .....

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie W21-836373

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

مدير التأمين  
الصحي الإجباري

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

Emis à : CASABLANCA : أصدر ب  
Le : 19/12/2023 : بتاريخ

Page 2 / 2 الصفحة

N° d'immatriculation 131990999 رقم التسجيل  
Règlements de la période : من  
du : 18/12/2023 : إلى  
au : 18/12/2023 : 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	Coeff.	Quantité	Base de rembour- sement	Taux de rembours- ement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
Total général remboursé											3993,50
مبلغ التعويض الاجمالي											

- 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

	<b>البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري</b> <b>Relevé périodique des prestations AMO</b>		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l' Assurance Maladie Obligatoire Réf. : 610-2-06 مرجع رقم :
	Emis à : CASABLANCA Le : 19/12/2023	أصدر ب : بتاريخ :	Page 1 / 2 الصفحة
N° d'immatriculation 131990999 Règlements de la période du : 18/12/2023 : من au : 18/12/2023 : إلى	رقم التسجيل أداءات الفترة	Destinataire BENJELLOUN TALAL المرسل إليه	

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 استفدت 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 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	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 RADIOLOGIE	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 RADIOLOGIE	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 بمرکز الاتصال أو الضمان على الأرقام



# Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par personne et par évènement.

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.

## تعليمات يجب إتباعها

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 المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الائتمانية 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 يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.

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

الآخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمسطرة القانونية.

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

<p>الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger</p>	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
	موافقة مسبقة Entente préalable *	تنفيذ Exécution *	مرجع رقم 610-1-02 Rél. - 610-1-02

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي : BENJELLOUN TALAL	
رقم التسجيل : 131990999	رقم بطاقة التعريف الوطنية : 1111111111
N° CIN : A599417	علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *	
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/>	
Adresse : [Redacted]	
Montant des frais : 134,86 Dhs	عدد الوثائق المرفقة :
Déclaration du médecin traitant	

المستفيد من العلاجات	
الاسم العائلي والشخصي : BENJELLOUN TALAL	
Date de naissance : 26/08/1970	تاريخ الميلاد :
N° CIN : A599417	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe : M <input checked="" type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> أنثى	الجنس :
رقم الوطني الاستدالي والرقم المخصص *	
INPE et code à barres : 051279388	
Médecin traitant الطبيب المعالج	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية


نوع العلاجات *	
Hospitalisation <input type="checkbox"/>	Accident <input type="checkbox"/>
Maternité <input type="checkbox"/>	Maladie <input type="checkbox"/>

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus. Fait à : RABAT Le : 01/12/2023 Signature de l'assuré(e)	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : RABAT Le : 01/12/2023 Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins
--	--

توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent :	تاريخ الاستلام :
Date de dépôt du dossier :	تاريخ الإيداع :

\* Cocher la mention utile pour chaque case  
\* Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres



Description des actes effectués						وصف العمليات المجراة			
تاريخ العملية Date des actes		رمز العملية Code des actes		معاميل العمليات Lettre clé- cotation NGAP		المبلغ المفوتر Montant facturé		توقيع بطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	
30/10/23				CS	250,00			  Clinique des Maladies du Cœur et des Vaisseaux Clinique Agdal - Rabat Tél.: 05 37 77 22 22 ICE : 001713069000035	
				EKG	150,00				
				prélevement	20,00				
INPE et code à Barres				pharmacie	39,86				
_ _ _ _ _									
INPE et code à Barres									
_ _ _ _ _									

Actes Paramédicaux						عمليات المساعدين الطبيين
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معاملات العمليات Lettre clé. cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المقفول Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
INPE et code à Barres						
INPE et code à Barres						

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie						عملیات : الأشعة والصور طبيب الأشعة أو الإحصائي Signature et Cachet du Radiologiste	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre de cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé				
3.11/10/23		B250	275	<p>Said KARIQ Spécialiste en Biologie Médicale LAM IBN SINA INPE : 107160335 Av. Ibn Sina, Agdal - Rabat Tel : 0537 68 18 09 89 - Fax : 0537 68 18 37</p>			
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



Rabat, le : 30/10/23

MR Talal Benjelloun

y. troponine

SVT

Dr. Said KARIE  
Médecin Spécialiste en Biologie Médicale  
LAM ION SINA  
INPE : 10760335  
39, Av. Ibn Sina, Agdal - Rabat  
Tél.: 0537 68 18 38/39 - Fax : 0537 68 18 37

Dr. Said KARIE  
Médecin Spécialiste en Biologie Médicale  
LAM ION SINA  
INPE : 10760335  
39, Av. Ibn Sina, Agdal - Rabat  
Tél.: 0537 68 18 38/39 - Fax : 0537 68 18 37

LAM ION SINA  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
39, Av. Ibn Sina, Agdal - Rabat  
Tél.: 0537 68 18 38/39 - Fax : 0537 68 18 37  
INPE : 103001600  
ICE : 001713069000035

Prélèvement du : 31/10/2023      Heure : 01:31  
Edition du : 09/11/2023  
Référence : 31031AMOP5690  
Matricule :  
AMO PAYANTS



Code Patient **23WT7794**      du : 31/10/2023  
Mr. BENJELLOUN TALAL  
Médecin: Dr.

3      Troponine ultra sensible

Dosage de la Troponine :  
( Ultra sensible HS )  
( Automate Architect-ABBOTT )

**0.002**

ng/ml

*Interpretation :*

*VN : Inf à 0.04 au 99 °percentil  
entre 0.10 et 0.16 : RECONTROLLER AP 2H  
si augmentation > 30 % forte suspicion  
SI SUP à 0.35 : critere diagnostic IDM V*

**Dr. Said KARIB**  
Médecin Spécialiste en Biologie Médicale  
**LAM IBN SINA**  
INPE : 107160335  
39, Av. Ibn Sina, Agdal - Rabat  
Tél.: 0537 68 18 38/39 - Fax : 0537 68 18 37

# CLINIQUE DES MALADIES DU COEUR ET DES VAISSEaux



مصحة أمراض  
القلب والشرايين

## F A C T U R E

N° 6 011 / 2023 du 31/10/2023

Nom patient	BENJELLOUN TALAL	Entrée 31/10/2023	Sortie 31/10/2023
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
ECG	1.00		150.00	150.00
PRELEVEMENT SANGUIN	1.00		20.00	20.00
			Sous-Total	170.00
PHARMACIE	1.00		39.86	39.86
			Sous-Total	39.86
Total Frais Clinique				209.86
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. SRIFI DANIA (cardiologue)	1.00	V2	250.00	250.00
			Sous-Total	250.00
Total prestations externes				250.00

	Total général	459.86
Arrêtée la présente facture à la somme de :		
QUATRE CENT CINQUANTE-NEUF DIRHAMS QUATRE-VINGT-SIX CENTIMES		

Encaissements	Espèces				Total encaissé	459.86	Solde	0.00
	459.86							

Clinique des Maladies  
du Cœur et des Vaisseaux  
Clinique Agdal - Rabat  
Tél: 05 37 77 77 77 / 77 91 24 / 77 53 44 / 77 22 22 / 77 53 91 • IF: 03333490 • Patente: 25740057  
ICE: 001713069000035



## ANNEXE PHARMACIE

PAYANT

Nom patient : BENJELLOUN TALAL	N° Facture 6 011	23J310204
--------------------------------	------------------	-----------

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
ALCOOL 1/15** (01)	1	8.00	8.00
COTON *** (01)	1	2.30	2.30
DOLIPRANE 1 g ** CP EFFE (08)	1	14.60	14.60
DRAP D'EXAMEN 1/7** (01)	1	9.00	9.00
GANT JETABLE * (100)	2	0.98	1.96
SPARADRA 15CM*** (01)	1	4.00	4.00
Total pharmacie			39.86

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

**Facture 51623**

Rabat Le: 31/10/2023

Analyses effectuées le: 31/10/2023

Sur prescription du : Dr

Pour.....: **Mr. BENJELLOUN TALAL**

Qualité du Patient :

N° du PC :

Matricule :

Code: 23WT7794

**AMO PAYANTS**

Code Acte dans la NABM	Acte de Biologie demandé	Cotation B	Coefficient	Prix en DH
B 149	TROPI	250	1.10	275.00

Total du <<B>>	B250
----------------	------

Montant en dh	275.00
---------------	--------

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : 275.00 DHS

INPE Laboratoire  
103000550

**Dr. Said KARIB**  
Médecin Spécialiste en Biologie Médicale  
**LAM IBN SINA**  
INPE : 107160335  
39, Av. Ibn Sina, Agdal - Rabat  
Tél.: 0537 68 18 38/39 - Fax : 0537 68 18 37