

# 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 :

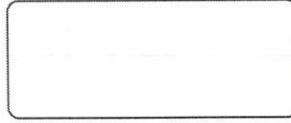
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

## Adresses Mails utiles

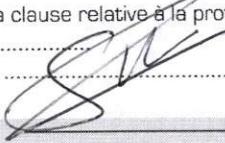
- Réclamation : contact@mupras.com  
 Prise en charge : pec@mupras.com  
 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent [e]			
Matricule : <b>10773</b> Société : <b>RAT</b> CR			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné[e]	<input type="checkbox"/> Autre :	<b>190430</b>
Nom & Prénom : <b>BENKIRAN Sihem</b>			
Date de naissance : <b>14/11/1977</b>			
Adresse : <b>Avenue Bourkacen villa Major Souiki RABAT</b>			
Tél. : <b>0668815991</b> Total des frais engagés : .....Dhs			

<b>Autorisation CNDP N° : A-A215 / 2019</b>	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin :  		
Date de consultation : .....	.....	.....	.....
Nom et prénom du malade : <b>BENSELLOUN TAH</b>		Age : .....	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : .....			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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] : 

<b>VOLET ADHERENT</b>	<b>W21-836373</b>
Déclaration de maladie	
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

صفحة

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 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 المصارييف	التعرفة 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
<b>Total général remboursé</b>									<b>3993,50</b>	ما عدا خطأ أو نسيان	

- Sauf erreur ou omission

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 الزيارة الإلكترونية للمؤمن لهم  
أو تطبيق الهاتف  
أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم  
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

J31990996

**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  
م.ر.ج.ر.ق. : 610-2-06

Emis à : CASABLANCA  
Le : 19/12/2023

أصدر ب :  
 بتاريخ :

Page 1 /2

الصفحة

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 cours de la période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استفدت منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العنوان	مهنبو الصحة	مبلغ المصارييف	التعرية 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
<b>BENJELLOUN TALAL</b>											
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 LABORATOIRES D	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 PHARMACIES D	693,00	693,00	630,00	1,00	693,00	70,00	18/12/2023	485,10
145044475	01/11/2023	PH	OFFICINES CARDIOLOGIE	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
<b>Total remboursé</b>								<b>مجموع مبلغ التعويض</b>			<b>3993,50</b>

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

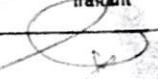
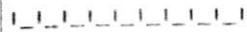
[www.cnss.ma](http://www.cnss.ma)  
[www.cnss.ma/Portail/](http://www.cnss.ma/Portail/)  
« Ma CNSS »  
080 20 30 100  
080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات:

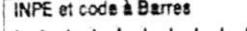
يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني  
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم  
أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بالجهب الإلكتروني على الرقم  
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

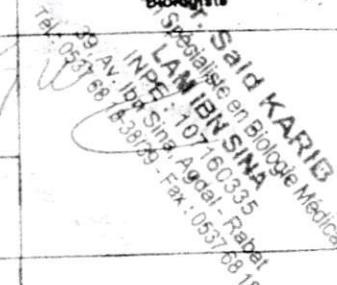
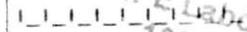
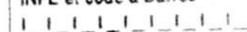


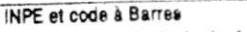
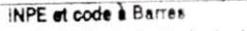
وصف العمليات المجرأة				
Description des actes effectués				
نوع العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	النوع Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
31/10/23		CS EGG Prélèvement Pharmacie	250,00 150,00 20,00 39,86	
INPE et code à Barres 				
INPE et code à Barres 				

CIM-10

عمليات المساعدين الطبيين						
Actes Paramédicaux						
نوع العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المحفور 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

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				
نوع العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المحفور Montant facturé	توقيع وطابع الأشعة والتصوير Signature et Cachet du Radiot Biologiste
31/10/23	B250		2757	
INPE et code à Barres 				
INPE et code à Barres 				

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
نوع العمليات Date d'exécution	النوع Prix facturé	توقيع الصيادلة 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 DES  
MALADIES DU COEUR  
ET DES VAISSEAUX



مَرْجَع  
أمراض القلب  
والشرايين

Rabat, le : 30/10/23

MR Talal Benjelloum

y. troponine

Dr. Said MARIE  
Médecin Spécialisé en Biologie Médicale  
~~LAMIBANSINA~~  
INPE : 107-160335  
39, Av. Ibn Sina, Agdal - Rabat  
Tél.: 0537 68 18 38/39 - Fax: 0537 68 18 37

CMCV Clinique  
Centre d'Analyses Médicales  
Av. Ibn Sina, Agdal - Rabat  
Tél.: 0537 77 22 22 / 0537 77 53 91 / 0537 77 91 24 / 0537 77 53 44  
Fax: 0537 68 19 52 - E-mail : cmcvcliniqueagdal@gmail.com - Site web : www.medecine.ma / cmcv  
ICE : 001713069000035

6, Place Talha - Av. Ibn Sina - Agdal - Rabat

Tél : 05 37 77 22 22 / 05 37 77 53 91 / 05 37 77 91 24 / 05 37 77 53 44

Fax : 05 37 68 19 52 - E-mail : cmcvcliniqueagdal@gmail.com - Site web : www.medecine.ma / cmcv

ICE : 001713069000035



**IBN-SINA**

Dr M. H. ABDELLATIFI

Dr Said KARIB

مختبر التحاليلات الطبية ابن سينا

Laboratoire d'analyses médicales

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 : **0.002** ng/ml  
( Ultra sensible HS )  
( Automate Architect-ABBOTT )

*Interpretation :*

VN : Inf à 0.04 au 99 ° percentil  
entre 0.10 et 0.16 : RECONTROLER 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



مَسْبِحَةُ أَمْرَاضِ  
الْقَلْبِ وَالشَّرَابِينِ

## F A C T U R E

N° 6011 / 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
<b>PRESTATIONS INTERNES</b>				
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
<b>Total Frais Clinique</b>				
<b>PRESTATIONS EXTERNES</b>				
DR. SRIFI DANIA (cardiologue)	1.00	V2	250.00	250.00
			Sous-Total	250.00
<b>Total prestations externes</b>				

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

Encaissements	Espèces 459.86	Total encaissé 459.86	Solde 0.00
---------------	-------------------	--------------------------	---------------

Clinique des Maladies  
du Coeur et des Vaisseaux  
Clinique Agdal - Rabat  
Tél.: 05 37 77 22 22  
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
<b>Total pharmacie</b>			<b>39.86</b>

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



IBN-SINA

Dr M. H. ABDELLATIFI

Dr Said KARIB

مختبر التحاليلات الطبية ابن سينا

Laboratoire d'analyses médicales

**Facture**

51623

Rabat Le : 31/10/2023

Qualité du Patient :

Analyses effectuées le: 31/10/2023

N° du PC :

Sur prescription du : Dr

Matricule :

Pour.....: Mr. BENJELLOUN TALAL

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