

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

W21-834431

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10773 Société : R.A.M.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 190426

Nom & Prénom : BENKIRAN SIHAN

Date de naissance : 14/11/77

Adresse : AV BIR KAZEN VILLA HASAR SOUSSE

Tél. 0668 8159 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 : BENKIRAN SIHAN Age : 34

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 : 08/01/24

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie W21-834431

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
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

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
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 rembour- sement	Taux de rembour- sement %	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



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
Le : 19/12/2023 : 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

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 rembours- ement %	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	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
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

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.

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 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 التعريفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات بظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.

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

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشريط لة انونية و كل ما سبق ذكره

		ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم 610-1-02	رقم الملف: 120201
* موافقة مسبقة * Entente préalable		* تنفيذ * Exécution			
N° Dossier: 066118501					
Partie réservée à l'assuré(e)					
خاص بالمؤمن له (لها)					
الاسم العائلي والشخصي: BENSELLOUN TALAL					
رقم التسجيل: 13119109191					
رقم بطاقة التعريف الوطنية: 13119109191					
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها):					
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/>					
Adresse:					
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e):					
Montant des frais: 1671,92 Dhs					
مبلغ المصاريف:					
Nombre de pièces jointes:					
Déclaration du médecin traitant					
Bénéficiaire de soins					
Nom et prénom: BENSELLOUN TALAL					
Date de naissance: 26/08/1970					
N° CIN: 13119109191					
Sexe: M ذكر <input checked="" type="checkbox"/> F أنثى <input type="checkbox"/>					
INPE et code à barres					
Médecin traitant الطبيب المعالج Dr. NADIF Maryam Cardiologue INPE: 041 317 496			Etablissement de soins المؤسسة العلاجية		
Type de soins					
Hospitalisation <input type="checkbox"/> أمومة <input type="checkbox"/> Maladie <input checked="" type="checkbox"/> مرض					
Je jure sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus					
Fait à:					
Le: 04/12/2023					
Signature de l'assuré(e)					
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.					
Fait à:					
Le: 04/12/2023					
Signature du médecin traitant					
Cachet et Signature de l'établissement de soins					

* 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 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	
04/11/23		CS	250,00	Dr. NADIA Maryam Cardiologue INPE : 041 317 496 Clinique des Maladies du Cœur et des Vaisseaux Clinique Agdal - Rabat Tél.: 05 37 77 22 22 ICE : 001713039000035	
		EKG	150,00		
		Prélevements	20,00		
		Injection	50,00		
INPE et code à Barres					
Pharmacie 135,92 Cas unique 120,00					
INPE et code à Barres					

CIM-10

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين	
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

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء، الأشعة والصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحياء Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
04/11/23		BV50	495,00		
04/11/23		B310	341,00		
INPE et code à Barres					
INPE Laboratoire 103000550					
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			
ماترة الة prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total



F A C T U R E

N° 6 121 / 2023 du 04/11/2023

Nom patient	BENJELLOUN TALAL	Entrée 04/11/2023	Sortie 04/11/2023
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
INJECTION PARENTERALES (IM,S/C,IV)	1.00		50.00	50.00
FRAIS CLINIQUE	1.00		120.00	120.00
			Sous-Total	340.00
PHARMACIE	1.00		135.92	135.92
			Sous-Total	135.92
Total Frais Clinique				475.92
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. NADIF MARYAM (cardiologue)	1.00	V2	250.00	250.00
			Sous-Total	250.00
Total prestations externes				250.00

	Total général	725.92
Arrêtée la présente facture à la somme de :		
SEPT CENT VINGT-CINQ DIRHAMS QUATRE-VINGT-DOUZE CENTIMES		

Encaissements	Espèces			Total encaissé	Solde
	725.92			725.92	0.00

Clinique des Maladies
du Cœur et des Vaisseaux
Agdal - Rabat
Tél : 05 37 77 77 77 / 77 91 24 / 77 53 44 / 77 22 22 / 77 53 91
Fax : 05 37 68 19 52
ICE : 00171306900035

ANNEXE PHARMACIE

PAYANT

Nom patient : BENJELLOUN TALAL	N° Facture 6 121	23K040233
--------------------------------	------------------	-----------

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
ACUPAN 20 mg INJECTA (05)	1	10.18	10.18
ALCOOL 1/15** (01)	1	8.00	8.00
COTON *** (01)	1	2.30	2.30
DRAP D'EXAMEN 1/7** (01)	1	9.00	9.00
ELECTRODE 3M*** (50)	3	1.81	5.43
GANT JETABLE * (100)	2	0.98	1.96
INTRANULE ROSE 20g (100)	1	3.25	3.25
OEDES 40MG INJECTA (05)	1	49.80	49.80
PERFUSEUR STERIL (025)	1	4.55	4.55
SERINGUE 5ml (100)	5	1.30	6.50
SERINGUE 10ml (100)	1	1.95	1.95
SERUM SALÉ 500ML 9%nacl INJ (20)	1	21.00	21.00
SPARADRA 15CM*** (01)	3	4.00	12.00
Total pharmacie			135.92

Clinique des Maladies
 du Cœur et des Vaisseaux
 Clinique Agdal - Rabat
 Tél.: 05 37 77 22 22
 ICE : 00171306930000

Facture 52057

Rabat Le: 04/11/2023

Analyses effectuées le: 04/11/2023

Sur prescription du : Dr

Pour.....: **Mr. BENJELLOUNE TALLAL**

Qualité du Patient :

N° du PC :

Matricule :

Code: 23WT7996

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
B 229	GRS	60	1.10	66.00

Total du <>	B310
----------------	------

Montant en dh	341.00
---------------	--------

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : 341.00 DHS

Dr. Said KARIB
 Médecin Spécialiste en Biologie Médicale
 INPE Laboratoire
 103000550
 Agdal - Rabat
 Tél.: 0537 68 18 38/39 - Fax: 0537 68 18 37
 E-mail: lam.ibnsina@yahoo.fr

Facture 52056

Rabat Le : 04/11/2023

Analyses effectuées le : 04/11/2023

Sur prescription du : Dr

Pour..... : **Mr. BENJELLOUNE TALLAL**

Qualité du Patient :

N° du PC :

Matricule :

Code: 23WT7996

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
B 494	DD	200	1.10	220.00

Total du <>	B 450
----------------	-------

Montant en dh	495.00
---------------	--------

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : 495.00 DHS

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

INPE Laboratoire
103000550

Facture 52058

Rabat Le : 04/11/2023

Qualité du Patient :

Analyses effectuées le : 04/11/2023

N° du PC :

Sur prescription du : Dr

Matricule :

Pour.....: **Mr. BENJELLOUNE TALLAL**

Code: 23WT7996

AMO PAYANTS

Code Acte dans la NABM	Acte de Biologie demandé	Cotation B	Coefficient	Prix en DH
B 457	CRP	100	1.10	110.00

Total du <>	B100
----------------	------

Montant en dh	110.00
---------------	--------

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : 110.00 DHS

Dr. Said KARIB
Médecin Spécialiste en Biologie Médicales
INPE Laboratoire
39, Av. Ibn Sina Agdal - Rabat
Tél.: 0537 68 18 38/39 - Fax: 0537 68 18 37

INPE Laboratoire
103000550