

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.

W21-834431

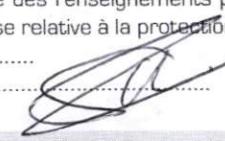
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent [e]			
Matricule : <u>10773</u> Société : <u>R.A.M</u>			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné[e]	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>Cou</u>
Nom & Prénom : <u>BEN KIRAN Sihem</u>			
Date de naissance : <u>17/11/77</u>			
Adresse : <u>AV BIR KAREN VILLA HASSAK</u>			
RABAT			
Tél. <u>0668 8159 91</u> Total des frais engagés : _____ Dhs			

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019	Cadre réservé au Médecin	
	Cachet du médecin :	
Date de consultation : _____ / _____ / _____		
Nom et prénom du malade : <u>BEN KIRAN TALAL</u> 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 : 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 : _____		

**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

Page 2 /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 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	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	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

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 للؤمن لهم
أو تطبيق الهاتف

دار المؤمن

ساحة داكار - الدار البيضاء ص.ب.

0522 54 86 07

fax: 73

دار المؤمن

ساحة داكار - الدار البيضاء المحطة

0522 54 86 07

fax: 73

Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa-Gare - Téléphone : 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 : 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	العمليات	مهنيو 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
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	409,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	18/12/2023	105,00
145044475	01/11/2023	B	LABORATOIRES D ANALYSES	693,00	693,00	630,00	1,00	693,00	70,00	18/12/2023	485,10
145044475	01/11/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	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							مجموع مبلغ التعويض			3993,50	

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 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

وصف العمليات المحراة

ناريع العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العملات Lettre clé, cotation NGAP	المبلغ المفتوح Montant facturé	توقيع وطبع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
01/11/23		CS	250,00	Dr. NADIA Maryam Cardiologue INPE: 041 317 496 Clinique des Maladies du Coeur et des Vaisseaux Clinique Agdal - Rabat Tel.: 05 37 77 22 22 ICE : 001713059000035
INPE et code à Barres 111111111111		E/G Prélèvements Injection	150,00 20,00 50,00	
		pharmacie	135,92	
		caissier	10,00	
INPE et code à Barres 111111111111				

CIM-10

Actes Paramédicaux

ملفات المساعدات الطبية

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء الاشعية والصور

توقيع وظيفة طبيب الأشعة (أو المخبر)
Signature et Cachet du Radiologue ou
Biologiste

و التجهيزات الطبية المعونة
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

نوابع وطابع الحسيني لممون التجهيز الخطبة

Description des coordonnées	العنوان	توقيع وطابع الصيدلي أو مومن التمهيرات الطبية
نارخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفتوح Prix facturé	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

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

CLINIQUE DES MALADIES DU COEUR ET DES VAISSEAUX



مصحة أمراض
القلب والشرايين

FACTURE

N° 6 121 / 2023 du 04/11/2023

Nom patient	BENJELLOOUN 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

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

Encaissements	Espèces			Total encaissé	Solde
	725.92			725.92	0.00

Clinique des Maladies
du Coeur et des Vaisseaux
Place 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 • E-mail : cmcvcliniqueagdal@gmail.com

ANNEXE PHARMACIE

PAYANT

Nom patient : BENJELLOUN TALAL	Nº 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 Malades
 du Coeur et des Vaisseaux
 Clinique Agdal - Rabat
 Tel.: 05 37 77 22 22
 ICE : 001713069350036



IBN-SINA

Dr M. H. ABDELLATIFI

Dr Said KARIB

مختبر التحاليل الطبية ابن سينا

Laboratoire d'analyses médicales

Facture

52057

Rabat Le : 04/11/2023

Analyses effectuées le: 04/11/2023

Sur prescription du : Dr

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

AMO PAYANTS

Qualité du Patient :

N° du PC :

Matricule :

Code : 23WT7996

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 <>B>>				B310
Montant en dh				341.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : 341.00 DHS

INPE Laboratoire
103000550

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



IBN-SINA

Dr M. H. ABDELLATIFI

Dr Said KARIB

مختبر التحاليل الطبية ابن سينا

Laboratoire d'analyses médicales

Facture

52056

Rabat Le : 04/11/2023

Analyses effectuées le: 04/11/2023

Sur prescription du : Dr

Pour..... Mr. BENJELLOUNE TALLAL

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>>		B450		
Montant en dh		495.00		

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : 495.00 DHS


Dr. Said KARIB
 Médecin Spécialisé en Biologie Médicale
 LAMIAN SINA
 INPE : 16760335
 39 Av. Ibn Sina, Agdal - Rabat
 Tel.: 0537 68 18 38/39 - Fax : 0537 68 18 37


Dr. M. H. Abdellatif
 Laboratoire
103000550

Facture 52058

Rabat Le : 04/11/2023

Analyses effectuées le: 04/11/2023

Sur prescription du : Dr

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

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 <>B>>		B100		
Montant en dh		110.00		

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : 110.00 DHS

