

# 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

W21-834425

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10773 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENKIRAN SIHAN

Date de naissance : 14/11/77

Adresse : AU BIR KAREN WLA HASAR SOUSSE

RABAT

Tél. : 0668 81 59 91 Total des frais engagés : .....Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : BENJELLOUN 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 : 05/01/2024

Signature de l'adhérent(e) : .....

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie W21-834425

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 : .....

PRAFR05/V2/CD-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


## 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 (L.G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



 الشبان الاجتماعي CNSS	البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري <b>Relevé périodique des prestations AMO</b>		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610-2-06
	Emis à : CASABLANCA Le : 22/12/2023	أصدر ب : بتاريخ :	Page 1 / 1 الصفحة
N° d'immatriculation 131990999 Règlements de la période du : 22/12/2023 : من au : 22/12/2023 : إلى		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 استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريفية 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- -ement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
BENJELLOUN TALAL											
145044610	14/11/2023	R400	CARDIOLOGIE	325,00	650,00	1.00	1,00	650,00	70,00	22/12/2023	227,50
145044610	14/11/2023	CS	CARDIOLOGIE	325,00	150,00	1.00	1,00	150,00	70,00	22/12/2023	105,00
145044610	14/11/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES	319,20	0,00	1.00	2,00	0,00	0,00	22/12/2023	111,02
Total remboursé											443,52
Total général remboursé											443,52

- 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

## 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, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

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.

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 مريض ولكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة و أتمتها بالوصفات المرسلة.


يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الاتيائية 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.

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 طبقا للمساطر القانونية.

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

	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض		مديرية التأمين الصحي الإجباري
	Feuille de Soins Maladie		Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
موافقة مسبقة Entente préalable *	تتفيذ Exécution *	Ref: 610-1-02 مرجع رقم: 1.2.01.01	

N° Dossier		خاص بالمؤمن له ( لها )
Partie réservée à l'assuré(e)		الاسم العائلي والشخصي
Nom et prénom	BENJELLOUN TALAL	
N° Immatriculation	131990999	
N° CIN	A599417	
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *		رقم التسجيل
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج		Enfant <input type="checkbox"/> ابن
Adresse		علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له ( لها )
Montant des frais		العنوان
969,20 Dhs		بلغ المصاريف
Nombre de pièces jointes		عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant		تصريح الطبيب المعالج
Bénéficiaire de soins		المستفيد من العلاجات
Nom et prénom		الاسم العائلي والشخصي
Date de naissance		تاريخ الميلاد
N° CIN		رقم بطاقة التعريف الوطنية
Sexe *		الجنس
M <input checked="" type="checkbox"/> ذكر F <input type="checkbox"/> أنثى		رقم الوطني الاستدلاكي و الرقم المشفر **
INPE et code à barres **		
Médecin traitant		طبيب المعالج
Dr. Ghil SAGHI		
mm.6, Appl.2, Rue Haroun Errachid		
Agdal - Rabat - Tél: 06 61 17 09 85		
INPE: 101169084		
Type de soins		نوع العلاجات
Maladie * <input type="checkbox"/> مرض		Maternité * <input type="checkbox"/> أمومة
Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء		Accident * <input type="checkbox"/> حادثة

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.		Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.	
Fait à:	في:	Fait à:	في:
Le: 01/12/2023	في:	Le: 01/12/2023	في:
توقيع المؤمن له		توقيع وطبيب الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية	
Signature de l'assuré(e)		Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins	

توقيع وطبيب الوكالة	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Cachet et signature de l'Agence	Réserve à la DAMO
Identification de l'agent	
Date de dépôt du dossier	Date d'arrivée

Dr. Ghil SAGHI  
mm.6, Appl.2, Rue Haroun Errachid  
Agdal - Rabat - Tél: 06 61 17 09 85  
INPE: 101169084



Description des actes effectués				وصف العمليات المجرىة
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
11/11/23				<b>Dr. Ghita SAGHI</b> <b>Cardiologue</b> mm.6, Appl.2, Rue Harroun Errachik Agdal - Rabat - Tél: 06 61 17 09 85 <b>INPE: 101169084</b>  <b>Clinique des Maladies</b> <b>du Cœur et des Vaisseaux</b> Clinique Agdal - Rabat Tél.: 05 37 77 22 22 ICE: 001713069000035
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

CIM-10

Actes Paramédicaux					عمليات المعاملين 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					
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 NGAPINABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
				<b>Dr. Ghita SAGHI</b> <b>Cardiologue</b> mm.6, Appl.2, Rue Harroun Errachik Agdal - Rabat - Tél: 06 61 17 09 85 <b>INPE: 101169084</b>  <b>Clinique des Maladies</b> <b>du Cœur et des Vaisseaux</b> Clinique Agdal - Rabat Tél.: 05 37 77 22 22 ICE: 001713069000035
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			جرد الوصفات التي تم تنفيذها و الأجهزة الطبية الممونة
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الشن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	
20/11/23	319, 20	<b>CARRE SANTE BEAUTE SARL AU</b> <b>PHARMACIE PARAPHARMACIE</b> <b>ORDONNANCES</b> Av. Mehdi Ben Barka Chaumière 1, N°2, Hay Ryad - Rabat - Tél: 05 37 71 71 27 - Fax: 05 37 56 39 56	
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 CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE DE L'AGDAL  
مصحة جراحة القلب و الشرايين أكادال

Pr. Belhaj A.S.

Chirurgien C.V.

Dr. Belhaj Soulam R.

Chirurgien C.V.

Pr. Lazreq C.

Anesthésiste Réanimateur

Dr. Sekkat O.

Anesthésiste Réanimatrice

Dr. Kerroumy A.

Chirurgienne C.V.

Rabat, le 20.11.2022

Benjelloun  
Tahar

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Tavanic 500mg cp pel b5  
P.P.V: 145,00 DH  
6 118001 080670

2 x 145,00

Tavanic

500 mg

290,00

1 cp fi

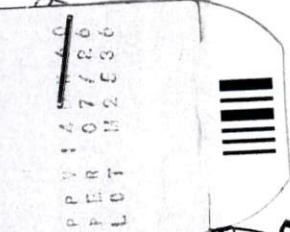
Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Tavanic 500mg cp pel b5  
P.P.V: 145,00 DH  
6 118001 080670

2 x 14,60

Soliprane

1 cp x 3 fi

PPV 14 DH 6  
PER 0472  
LOT M119



Dr. Guita JAGHI  
Cardiologue  
Agdal, Rabat, Maroc  
06 61 17 08 85

PHARMACIE PARAPHAR  
ORDONNANCE

Av. Mehdi Ben Barka Chaum  
N°2, Hay Agdal - Rabat.  
Tél: 05 37 71 71 27 - Fax: 05 37 56 39 56

CLINIQUE DES  
MALADIES DU COEUR  
ET DES VAISSEAUX



مصحة  
أمراض القلب  
والشرييين

Rabat, le : 14.11.23

Dr Talal Benjeloun

ET

suspicion de la ponction

Dr. Ghazi SAGHI  
Cardiologue  
mm. 6, Apt. 2, Rue Hassan Errachid  
Agdal - Rabat - Tél : 06 61 17 09 85  
INPE : 101169044

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  
05 37 68 19 52 - E-mail : cmccliniqueagdal@gmail.com - Site web : www.medecine.ma / cmc  
ICE : 001713069000035



CLINIQUE DES MALADIES  
DU COEUR ET DES VAISSEAUX6, Place Talha Av. Ibn Sina  
Tel: 05 37 77 22 22مصحة أمراض  
القلب والشرايين

## F A C T U R E

N° 6 318 / 2023 du 14/11/2023

Nom patient	BENJELLOUN TALAL	Entrée 14/11/2023	Sortie 14/11/2023
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
ECHO DOPPLER CARDIAQUE	1.00		325.00	325.00
			Sous-Total	325.00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>325.00</b>
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. SAGHI GHITA C/0560 (cardiologue)	1.00	V2	325.00	325.00
			Sous-Total	325.00
<b>Total prestations externes</b>				<b>325.00</b>

	<b>Total général 650.00</b>
Arrêtée la présente facture à la somme de : SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS	

	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	650.00				650.00	0.00

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