

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.

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



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

Déclaration de Maladie

W21-836375

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10773

Société : R.A.M.

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENKILAN SIHM

Date de naissance : 17/11/1977

Adresse : AUBIR KACEN ULLA HASAR SOUSSI

RABAT

Tél. : 0668815991

Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BENJELLOUN IMAL

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

W21-836375

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

Emis à : CASABLANCA
Le : 19/12/2023

أصدر ب :
بتاريخ :

Page 1 / 2

الصفحة

المرسل إليه

Destinataire

N° d'immatriculation 131990999 رقم التسجيل
Règlements de la période : من : 18/12/2023 : إلى : 18/12/2023
أداءات الفترة

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 الاداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coef.	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	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 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 بمرکز الاتصال أو الضمان على الأرقام

البيان الدوري لتعويضات التأمين
الصحي الإجباري

مديرية التأمين
الصحي الإجباري

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

Relevé périodique des prestations AMO

Emis à : CASABLANCA
Le : 19/12/2023

أصدر ب :
بتاريخ :

Page 2 / 2

الصفحة

N° d'immatriculation 131990999

رقم التسجيل

Destinataire

المرسل إليه

Règlements de la période

أداءات الفترة

BENJELLOUN TALAL

du : 18/12/2023 : من
au : 18/12/2023 : إلى

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 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

Instructions à suivre

Établir une feuille de soins par personne et par vnement.

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 بطلب 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 للمساطر القانونية.

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

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

<p>الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</p> <p>Feuille de Soins Maladie</p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p>	<p>مرجع رقم 610-1-02 - Réf.</p>	<p>RELANAM : 12.01.01</p>
	<p>موافقة مسبقة *</p> <p>Entente préalable *</p>	<p>تنفيذ *</p> <p>Exécution *</p>			
<p>N° Dossier : 06611163501</p>					
<p>Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (ها)</p>					
<p>الاسم العائلي والشخصي : BEN JELLOUN TALAL</p> <p>Nom et prénom :</p>					
<p>رقم التسجيل : 12111111111111111111</p> <p>N° Immatriculation :</p>					
<p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : 12111111111111111111</p> <p>N° CIN :</p>					
<p>علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *</p> <p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) :</p>					
<p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/></p>					
<p>العنوان :</p> <p>Adresse :</p>					
<p>مبلغ المصاريف : 2448,00 Dhs</p> <p>Montant des frais :</p>					
<p>عدد الوثائق المرفقة :</p> <p>Nombre de pièces jointes :</p>					
<p>تصريح الطبيب المعالج</p> <p>Déclaration du médecin traitant</p>					
<p>المستفيد من العلاجات</p> <p>Bénéficiaire de soins</p>					
<p>الاسم العائلي والشخصي : BEN JELLOUN TALAL</p> <p>Nom et prénom :</p>					
<p>تاريخ الأزيداد : 26/08/2013</p> <p>Date de naissance :</p>					
<p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : 12111111111111111111</p> <p>N° CIN :</p>					
<p>الجنس : * ذكر <input checked="" type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/></p> <p>Sexe :</p>					
<p>الرقم الوطني الاستدالي والرقم المسمى **</p> <p>INPE et code à barres :</p>					
<p>الطبيب المعالج</p> <p>Médecin traitant</p>			<p>المؤسسة العلاجية</p> <p>Etablissement de soins</p>		
<p>نوع العلاجات *</p> <p>Type de soins :</p>					
<p>مرض <input type="checkbox"/> حادث <input type="checkbox"/> أمومة <input type="checkbox"/> استشفاء <input type="checkbox"/> Hospitalisation</p>					
<p>أشهر بصحة كل ما ذكر أعلاه</p> <p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p>					
<p>ب : 01/12/2013</p> <p>في : 01/12/2013</p>					
<p>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</p> <p>Cachet et signature du médecin traitant ou de l'établissement de soins</p>					

* Cocher la mention utile pour chaque case

** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Établissements de soins) ainsi que le code à barres



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 20/11/2023

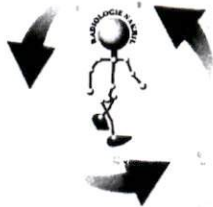
Tabol Beyelloun

Examen demandé

Angioscanner Thoracoabdominal

Informations cliniques : bilan étiologique
épanchement pleuropéricardique

Dr. BELHAJ SOULAM R. B. D. A.
Chirurgien Cardio-vasculaire
C.C.V.A.
6, Place Talha, Agdal - Rabat
Tél: 0537 77 90 90 - Fax: 0537 77 93 93
INPE - 181950350



مركز الفحص بالأشعة النخيل
CENTRE DE RADIOLOGIE NAKHIL

Institut d'Imagerie Médicale et de Radiologie Interventionnelle

Docteur Youssef EL FAKIR

Docteur Omar TAOUSSI

- IRM 1.5 T
- Scanner 16 barrettes
- Echographie Doppler Couleur
- Ostéodensitométrie
- Radiologie Numérisée
- Mammographie
- Artériographie
- Radiologie Interventionnelle

FACTURE

N° : 2314976

Rabat, le 20/11/2023

Nom patient : BENJELLOUN TALAL

Examen(s) réalisé(s) :

7-OMNIPAQUE 350/100

428,00 DHS

ANGIOSCANNER THORACO-ABDOMINALE

2.520,00 DHS

Montant : 2.948,00 DHS

Convention/R :

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

DEUX MILLE NEUF CENT QUARANTE-HUIT DHS

REGLEMENT : ESPECES

CENTRE DE RADIOLOGIE NAKHIL
DR. Youssef EL FAKIR
Radiologue
N°PE : 10104286
6, Place Talha Av. Sina - Rabat
Tél : 0537.77.10.10
www.centre-nakhil.com

PATENTE : 25740323 I.S : 03334707 C.N.S.S : 7177480 ICE : 001713888000038
N° Compte bancaire ATWB : 007 810 0014419000300797 85

6, Place Talha Av. Sina (à coté Clinique Agdal) Agdal
Tél : 05 37 77 10 10 (LG) Fax : 05 37 77 10 77
Contact Whatsapp : +212 689 031 868



مركز الفحص بالأشعة النخيل
CENTRE DE RADIOLOGIE NAKHIL

Institut d'Imagerie Médicale et de Radiologie Interventionnelle

Docteur Youssef EL FAKIR

Docteur Omar TAOUSSI

- IRM 1.5 T
- Scanner 16 barrettes
- Echographie Doppler Couleur
- Ostéodensitométrie
- Radiologie Numérisée
- Mammographie
- Artériographie
- Radiologie Interventionnelle

Rabat, le 20/11/2023

Nom patient : BENJELLOUN TALAL

Produit(s) réalisé(s) : 7-OMNIPAQUE 350/100

Pharmacie Descartes
Dr. El Achmi BOUZBIB
Docteur en Pharmacie
INPE : 102060449
4, Av. Des Nations Unies - Agdal
Rabat - Tél : 05 37 67 10 90

CENTRE DE RADIOLOGIE NAKHIL
DR. Youssef ELFAKIR
Radiologue
INPE : 102043286
6, Place Talha Av. Sina - Rabat
Tél : 0537 77 10 10
www.radioclinakhil.com

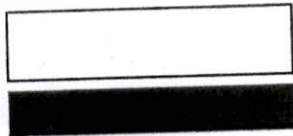
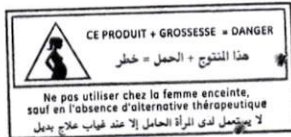
25740323 I.S : 0333470 C.N.S.S : 7177480 ICE : 001713888000038
N° Compte bancaire BMCE 011 810 0000 01 210 0062554 23

6, Place Talha Av. Sina (à côté Clinique Agdal) Agdal
Tél : 05 37 77 10 10 (LG) Fax : 05 37 77 10 77

LES
ANT
350
e ?
IIPAQ

OMNIPAQUE 350 mg I/ml
IOHEXOL

أومنيباك 350 ملغ يود/مل
إيوهكسول



Liste I القائمة I
Médicament soumis à prescription médicale
Uniquement sur ordonnance
دواء يقدم إلا على وصفة

Détenteur de la DE : صاحب مقرر التسجيل:
GE Healthcare AS
Nycoveien 1, P.O.Box 4220 Nydalen,
NO-0401 Oslo, Norvège.
Distribué par : Cyclopharma S.A. Lot.84,
Z.I. Ouled saleh, Bouskoura, 27182 Casablanca

Pharmacie Descartes
64, Av. Des Nations Unies, Agdal
Rabat - Tél.: 06 37 67 10 00