

## 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.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### 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 canaux, 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 canaux.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



Déclaration de Maladie : N° P19- 0016490

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01201 Société : RAM  
☒ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BENFDILLAÏLA Date de naissance : 1955  
Adresse : 116 Maristan 3, Amerchich MARRAKECH  
Tél : 0664987358 Total des frais engagés : Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

#### Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

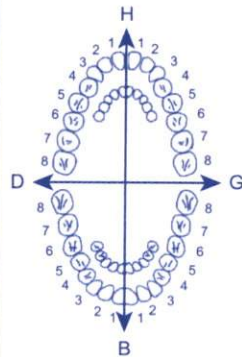
**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

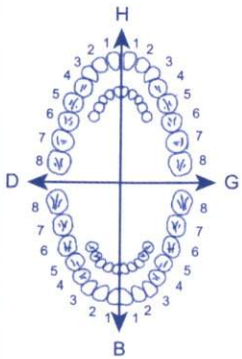


[illegible][illegible][illegible][illegible]

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.**

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient			
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	
						MONTANTS DES SOINS
						DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION	

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div>H</div> <div><div>25533412    21433552</div><div>00000000    00000000</div><div>D ————— G</div><div>00000000    00000000</div><div>35533411    11433553</div></div> <div>B</div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>				
					MONTANTS DES SOINS
					DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## Ophthalmology Laser Le Gueliz

Cabinet d'ophtalmologie spécialisé  
Adulte & enfant  
Cataracte, Strabisme, Paupières, Voies  
lacrymales, Glaucome, Cornée, Rétine,  
Chirurgie réfractive et Contactologie



## طب العيون و الليزر جليز

عيادة متخصصة في أمراض وجراحة العيون  
الكبار والصغار  
المياه البيضاء، الحول، أمراض الجفن، المسالك  
الدمعية، الزرق، القرنية، الشبكية،  
الجراحة الانكسارية والعصابات اللاصقة

Marrakech le :

# Reçu de caisse N° : 69728

soukaina

Identifiant patient	Nom du patient	Date encaissement
PT150300508	BENFDIL LAILA	22/03/2023

Mode Règlement	Motif / Référence de paiement	Montant Dhs
Espèce	Consultation	300,00
Reçu établi par :	Total payé	300,00

Ophthalmology Laser Le Gueliz  
Pr BENHADDOU RAJAA  
Spécialiste ophtalmologie  
Business Affaires Gueliz, Intersection Bd Abdelkrim  
El Khattabi et Bd Myrachid, 2e étage N° 11 Marrakech  
Tel : +212 0808536471

Adresse : Business Affaires Gueliz Intersection Bd Abdelkrim El Khattabi et Bd Myrachid 2e étage N° 11

Téléphone : 0808536471 / 0664059999 Email : olgmarrakech@gmail.com



# Ophthalmology Laser Le Gueliz

Cabinet d'ophtalmologie spécialisée

Adulte & enfant

Cataracte, Strabisme, Ptosi, Voies  
lacrymales, Glaucome, Cornée, Rétine,  
Chirurgie réfractive et Contactologie



Marrakech le :

## طب العيون و الليزر جليز

عيادة متخصصة في أمراض وجراحة العيون

الكبار والصغار

المياه البيضاء، الحول، أمراض الجفن، المسالك

الدمعية، الزرق، القرنية، الشبكية.

الجراحة الانكسارية والعصابات اللاصقة

PHARMACIE MANISS  
SARLADJ

12, Merstane III Marrakech

Tél : 05 24 30 13 27

INPE : 072041209

22 mars 2023

192.40x6

Mme BENFDIL LAILA

1/ DUOTRAV 40 / 5 µg / MG COLLYRE

1 fois par jour à 21h, dans les deux yeux

2/ THEALOSE COLLYRE

1 goutte x 4/j, dans les deux yeux

3/ GEL larmes

1 goutte 3 fois / jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

4/ OPATANOL: collyre cl

1 goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

Ophthalmology Laser Le Gueliz

ENHADDOU RAJAA

liste ophtalmologie

TRAITEMENT DE 6 MOIS

Renouvellement

NE PAS ARRETER

Adresse : Business Affaires Gueliz Intersection Bd Abdelkrim El Khattabi et Bd My rachid 2e étage N° 11

Téléphone : 0808536471 / 0664059999

Email : olgmarrakech@gmail.com

Fabricant : المنتج  
Alcon-Couvreur N.V.  
Rijksweg 14, 8287D - Puurs, Belgique  
Alcon Cusi, S.A.  
Camí Fabra 58, 08320 El Masnou, Espagne



6 118001 071340  
DUOTRAV® 40 µg/mL + 5 mg/mL  
Collyre en solution, 2,5 ml  
Boîte de 1 flacon  
Sothema Bouskoura  
PPV : 192,10 DH  
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ  
Remboursable AMO  
407393 MA

Fabricant : المنتج  
Alcon-Couvreur N.V.  
Rijksweg 14, 8287D - Puurs, Belgique  
Alcon Cusi, S.A.  
Camí Fabra 58, 08320 El Masnou, Espagne



6 118001 071340  
DUOTRAV® 40 µg/mL + 5 mg/mL  
Collyre en solution, 2,5 ml  
Boîte de 1 flacon  
Sothema Bouskoura  
PPV : 192,10 DH  
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ  
Remboursable AMO  
407393 MA

Fabricant : المنتج  
Alcon-Couvreur N.V.  
Rijksweg 14, 8287D - Puurs, Belgique  
Alcon Cusi, S.A.  
Camí Fabra 58, 08320 El Masnou, Espagne



6 118001 071340  
DUOTRAV® 40 µg/mL + 5 mg/mL  
Collyre en solution, 2,5 ml  
Boîte de 1 flacon  
Sothema Bouskoura  
PPV : 192,10 DH  
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ  
Remboursable AMO  
407393 MA

Fabricant : المنتج  
Alcon-Couvreur N.V.  
Rijksweg 14, 8287D - Puurs, Belgique  
Alcon Cusi, S.A.  
Camí Fabra 58, 08320 El Masnou, Espagne



6 118001 071340  
DUOTRAV® 40 µg/mL + 5 mg/mL  
Collyre en solution, 2,5 ml  
Boîte de 1 flacon  
Sothema Bouskoura  
PPV : 192,10 DH  
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ  
Remboursable AMO  
407393 MA

Fabricant : المنتج  
Alcon-Couvreur N.V.  
Rijksweg 14, 8287D - Puurs, Belgique  
Alcon Cusi, S.A.  
Camí Fabra 58, 08320 El Masnou, Espagne



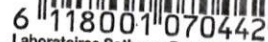
6 118001 071340  
DUOTRAV® 40 µg/mL + 5 mg/mL  
Collyre en solution, 2,5 ml  
Boîte de 1 flacon  
Sothema Bouskoura  
PPV : 192,10 DH  
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ  
Remboursable AMO  
407393 MA

Fabricant : المنتج  
Alcon-Couvreur N.V.  
Rijksweg 14, 8287D - Puurs, Belgique  
Alcon Cusi, S.A.  
Camí Fabra 58, 08320 El Masnou, Espagne



6 118001 071340  
DUOTRAV® 40 µg/mL + 5 mg/mL  
Collyre en solution, 2,5 ml  
Boîte de 1 flacon  
Sothema Bouskoura  
PPV : 192,10 DH  
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ  
Remboursable AMO  
407393 MA

LABORATOIRES THEA  
OPHTHALMIQUE  
VIA E. FERMI, 50  
20019 SETTIMO MILANESE (MI)  
ITALIE



6 118001 070442  
Laboratoires Sothema Bouskoura  
Ophtalmologie 1 mg/ml collyre en solution  
Flacon de 5 ml  
AMM Maroc N° 96R1/20 DMP/21/MAJ  
PPV : 90,70 DHS  
407253 MA

Titulaire  
LABORATOIRES THEA  
12, rue Louis Blériot  
63017 CLERMONT-FERRAND CEDEX 2  
FRANCE

المالك  
مختبر وينا  
شارع لويس بليريوت  
12  
63017 كليرمون فيران  
فرنسا



تاريخ أول فتح  
Date de première ouverture



5 62500 270299 3  
Distribué au Maroc par :  
LABORATOIRES THEA  
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc  
N° Homologation Maroc :  
1573/2016/DMP/20/DH  
PPC : 14700 DH



6 118001 100958  
CELARMES - Gel Oph. Tube de 10 g  
Distribué par COOPER PHARMIA  
41, rue Mohamed VI, Casablanca  
Pharmasud Maroc  
Mme Amine DAQOUI  
PPV : 41,00 DH

Fabricant  
FARMILTA THEA FARMACEUTICI S.P.A.  
Via E. Fermi, 50  
20019 SETTIMO MILANESE (MI)  
ITALIE

المصنع  
فيلما - وينا فارمaceutici س.پ.أ.  
فيلا إ. فيرمي، 50  
20019 ستمو ميلانيزي (مي)  
إيطاليا



تاريخ أول فتح  
Date de première ouverture



5 62500 270299 3  
Distribué au Maroc par :  
LABORATOIRES THEA  
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc  
N° Homologation Maroc :  
1573/2016/DMP/20/DH  
PPC : 14700 DH



VR2762C10MAR/0919  
3 62500 270299 3  
Distribué au Maroc par :  
LABORATOIRES THEA  
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc  
N° Homologation Maroc :  
1573/2016/DMP/20/DH  
PPC : 14700 DH



تاريخ أول فتح  
Date de première ouverture

Caisse Nationale des Organismes  
de Prévoyance Sociale  
BP 209  
10 AL KHALIL  
10000 RABAT

RABAT, le 02/03/2022

MME BENFDIL LAILA  
AMERCHICH  
N 116 RUE MISR MARISTAN 3  
MARRAKECH  
40002 MARRAKECH AMERCHICH

Objet: Renouvellement automatique de l'exonération du ticket modérateur.  
Réf : Dossier n°:34870723 du: 09/03/2021  
Immatriculation:43863768  
L'assuré: BENFDIL LAILA  
Bénéficiaire:BENFDIL LAILA (01 )

Madame, Monsieur,

Suite à l'expiration de l'accord cité en référence, nous avons l'honneur de vous faire part du renouvellement automatique de votre accord d'exonération du ticket modérateur selon les conditions et modalités fixées par voie réglementaire.

- N° de l'Accord: 34870723
- Code affection: V001
- Validité de l'Accord: du 27/06/2021 au 27/06/2024

Nous vous demandons de bien vouloir procéder au renouvellement de votre dossier un mois avant l'expiration de sa date de validité si vous ne recevez pas d'accord d'exonération du ticket modérateur.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

 Pour le Département du  
Contrôle Médical  
Mr. TEGNOUGUI Yasmine



MME BENFDIL LAILA

N 116 RUE MISR MARISTAN 3

AMERCHICH

MARRAKECH

MARRAKECH AMERCHICH

40002

Royaume du Maroc



CNOPS Accusé de Réception



N° de Dossier :

79995008

Date et heure : 27/03/2023 11:58

Nom et prénom Assuré :

BENFDIL LAILA

Immatriculation :

43863768 / 500344036

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

BENFDIL LAILA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

MARRAKECH DAOUDIAT 40415

Valeur en Dirhams :

2 025,30

Nombre de pièces :

15

Code Etablissement :

Agent de réception :

M4M0473

Nom Etablissement :

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 votre mutuelle 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 CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

تقديم ورقة العلاج بالنسبة لكل مرض 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 وأثبتتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التفاضلية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الآخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التفاضلية

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : ..... تاريخ الإيداع : .....



# ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

## Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
Réf ANAM 1.1.01.01 مرجع رقم

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : BENFDILLAILA الاسم العائلي و الشخصي

N° Affiliation : 357349 رقم الإنخراط

N° Immatriculation : 43881637618 رقم التسجيل

N° CIN : B483247 رقم بطاقة التعريف الوطنية

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\* : Mère-mère Conjoint زوج Enfant ابن علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له\*

Adresse : 116 Maristan 3 Amerchich Marrakech العنوان

Montant des frais (Dhs) : 202530 مبلغ المصاريف (درهم)

Nombre de pièces jointes : 15 pièces عدد الوثائق المرفقة

Declaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : 1955 الاسم العائلي و الشخصي

Date de naissance : 1955 تاريخ الإزدياد

N° CIN : B483247 رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe\* : M ذكر F أنثى الجنس\*

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 01491335043 الرقم الوطني الإستدلاي للممارس

Type de soins : Spécialiste ophtalmologie نوع العلاجات

Maladie\* : \* مرض \* Oui Non تم تقديم الظرف المغلق\*

Maternité\* : \* أمومة \* تاريخ الحمل :

Hospitalisation\* : \* استشفاء \* التاريخ المرتقب للولادة :

Accident\* : \* حادث \* تاريخ الإستشفاء :

Causes : أسباب الحادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

Fait à : Marrakech حرر بـ

le : 27/03/2013 في

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

أصبح بمقتضى هذا تصريح المعلومات المذكورة أعلاه  
Je déclare l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

Fait à : Marrakech حرر بـ

le : 27/03/2013 في

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو من عيّنه

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

- INP : Identification Nationale du Praticien

- \* Cocher la mention utile pour chaque case

\* أشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع



عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز التصليحات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	نوقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					

INP: | | | | | | | | |

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					



En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, La CNOPS est l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 83 de ladite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie)

Information

PAYE

432, 86 37 68. cin: B4232 47



Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
- 1	-	16/05/2023	Virement	-	2 025,30	1 272,60	30,00	1 302,60
79995008	27/03/2023	Payé en : 49 jours		BENFDIL LAILA	2 025,30	1 272,60	30,00	1 302,60
- 2	-	03/12/2022	Virement	-	1 765,20	1 001,74	275,46	1 277,20
76749024	11/10/2022	Payé en : 53 jours		BENFDIL LAILA	1 501,80	872,36	241,44	1 113,80
76874162	18/10/2022	Payé en : 46 jours		BENFDIL LAILA	263,40	129,38	34,02	163,40
- 1	-	01/12/2022	Virement	-	2 121,60	1 272,60	30,00	1 302,60
76353109	20/09/2022	Payé en : 72 jours		BENFDIL LAILA	2 121,60	1 272,60	30,00	1 302,60
- 1	-	10/05/2022	Virement	-	3 964,20	2 375,70	445,30	2 821,00
71676336	29/12/2021	Payé en : 132 jours		BENFDIL LAILA	3 964,20	2 375,70	445,30	2 821,00
- 1	-	13/04/2022	Virement	-	3 029,60	1 272,60	30,00	1 302,60
73034111	09/03/2022	Payé en : 35 jours		BENFDIL LAILA	3 029,60	1 272,60	30,00	1 302,60