

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 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 tous les 6 mois.

164937

Déclaration de Maladie : N° P19- 0016490

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : Q1801 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : BENFDILLAILA 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

- 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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
...
00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
...
...
...
...

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
...
...
...
...

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
...
...
...

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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 <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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 العين

الكتيمار والصفار

المياه البيضاء الحول، أمراض الجفن الممسالك

الدمعية، الزق، القنية، الشبكية

الجراحة الانكسارية والعدسات 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



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

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

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

الكتاب والصلبان

المياه البيضاء حول عصب الجفن المسالك

المعنة، الرقة، القرنية الشبكية.

الجراحة الانكسارية والعدسات الاصطناعية

Marrakech le :

PHARMACIE MANISS
SARL AJ

12, Merstane III Marrakech

Tél : 05 24 30 13 27

INPE : 072041209

22 mars 2023

Agd. dox6 Mme BENFDIL LAILA

1/ DUOTRAV 40 / 5 µG / MG COLLYRE

Mercos 13 1 fois par jour à 21h, dans les deux yeux

2/ THEALOSE COLLYRE

11.00 1 goutte x 4/j, dans les deux yeux

3/ GEL larmes

30.70 1 goutte 3 fois / jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

4/ OPATANOL: collyre cl

17.25.30 1 goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

TRAITEMENT DE 6 MOIS. RENOUVELABLE A 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

PHARMACIE MANISS
SARL AJ
12, Merstane III Marrakech
Tél : 05 24 30 13 27
INPE : 072041209

Ophthalmology Laser Le Gueliz
Dr ENHADDOU RAJAA
Spécialiste ophtalmologie
Affaires Gueliz, Intersection Bd Abdelkrim
El Khattabi et Bd My Rachid, 2e étage Marrakech
+212 0808536471

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

6 118001 071342

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

STERILE A 25°C
تاریخ اول فتح
Date de première ouverture

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

6 118001 100958

GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de 10 g
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien Responsable:
Mme Amna DAOUDI
PPV : 41,00 DH

PC : 14700 DH
N. Horaire d'ouverture : 08:00 à 20:00
Distributeur Marocain : SOTHEMA
3 662202 00395
VR2762C10MAR/0919

Théa CE 0459

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

6 118001 071340

Fabricant : FORMULA THÉA FARMACEUTICO S.P.A.
Via E.Fermi, 50
20019 SETTIMO MILANESE (MI)
ITALIE
المصنّع - إيطاليا
العنوان - رقم 50
فيروني - ميلانو (مي)
البيان
البيان
البيان

STERILE A 25°C
تاریخ اول فتح
Date de première ouverture

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

Théa CE 0459

Fabricant : المصنّع
Alcon-Couverteur N. V.
Rijksweg 14, B2870- Puurs, Belgique
Alcon Cusi, S.A.
Camil Faura 58, 08320 El Masnou, Espagne

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

6 118001 071340

Distributeur Marocain :
Laboratoires SO'THEA
BP 1, 27182 Bouskoura - Maroc
PPV : 41,00 DH/20,00 DH
VR2762C10MAR/0919
3 662202 00395

Théa CE 0459

Fabricant : المصنّع
Alcon-Couverteur N. V.
Rijksweg 14, B2870- Puurs, Belgique
Alcon Cusi, S.A.
Camil Faura 58, 08320 El Masnou, Espagne

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

6 118001 071340

Date de première ouverture
25°C
STERILE A

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.



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 :

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 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.

Gachet et signature de la mutuelle

التعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

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

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

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأثننتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تنتهي 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 المصرفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de soins Maladie

التأمين الوجبة عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

Réf ANAM 1.1.01.01

مراجع رقم



N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي :
رقم الاختراط :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *

Nom et prénom :
BENFDIL Aïla

3157319

43881637168

B483247

N° Affiliation :

N° Immatriculation :

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*

Même

Conjoint

زوج

Enfant

ابن

Adressse : 116 Majistram 3 Amerchich العنوان : 06.64.98.73.58
Marrakech
.....

Montant des frais (Dhs) : 2025.30
مبلغ المصاري (درهم) :
.....

Nombre de pièces jointes : 15 pieces
عدد الوثائق المرفقة :
.....

Déclaration du médecin traitant

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي :
تاريخ الإيداد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :
الجنس *:

Nom et prénom :
Khalid BENHABIB

Date de naissance :
1966-01-01

N° CIN :

Sexe * :
M ذكر

F أنثى

تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :
نوع العلاجات :

Type de soins :
Spécialiste ophtalmologie

Maladie *
Pli confidentiel rempli * :
Date de grossesse :
Date prévue d'accouchement :
Date d'hospitalisation :
Date d'accident :
Causes :
.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

* اتفق الخانة

عملات الاحياء، الاتسعة و الصور

description des actes effectués

صف العمليات المعاقة

CIM-10

جريدة الوصفات التي تم تدفتها وتحجيمها الطنية المموجة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاریخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
22/3/23	1725130	PHARMACIE MANISS SARL 12, Merstani III Marrakech Tel: 05 24 30 13 27 INPE: 072041205
	INP : [] [] [] [] [] []	
	INP : [] [] [] [] [] []	
	INP : [] [] [] [] [] []	

ANSWER :

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عملات الاحياء، الاتسعة و الصور

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدتين الطبيتين

تاریخ 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 : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					

JNP: [] [] [] [] [] [] []



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 34 68. civ: 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