

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

## 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

*Amalhi*

**Déclaration de Maladie : N° P19- 0016488**

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01201 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENFDIL Laila Date de naissance : 1955

Adresse : 116 Maristan 3 Amerchich MARRAKECH

Tél. : 0664 987358 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) : .....



## Instructions à suivre

## تعليمات يجب اتباعها

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.

### Cachet et signature de la mutuelle

### توقيع و طابع التماضية

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : .....

Signature de l'éducatif : .....



## ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

## Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
Réf ANAM 1.1.02.01  
مراجع رقم

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

خاص بالمؤمن له (لها)

Partie réservée à l'assuré(e)

BENFDIL LAILA

3573419

4398637618

B1693947

Nom et prénom :

N° Affiliation :

N° Immatriculation :

N° CIN :

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

MOI MEME

Conjoint ○ زوج ○ Enfant ○ ابن ○

Adresse : 116 Maristan 3 AMERIChik

MARRAKECH

Montant des frais (Dhs) :

0664987358, 2121,60

Nombre de pièces jointes : 15

### Déclaration du médecin traitant

#### Bénéficiaire de soins

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe\* :

1955

B1693947

M ○ ذكر ○ F ○ امرأة ○

### Identification du praticien traitant

N° INP

071830833

#### Type de soins

Ophtalmology	Pr BENHADDOU	Oui	Non

Admission ALD\* :

N° dossier ALD\* :

Code ALD :

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

نوع العلاجات

قبول المرض المزمن :

رقم ملف المرض المزمن :

رقم المرض المزمن :

Soins ambulatoires\* ○ علاجات خارجية\* ○

Pli confidentiel remis\* : Oui Non

Hospitalisation\* ○ استشفاء\*

Date d'hospitalisation : .....

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

أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه.  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : MARRAKECH  
le : 20/09/2019  
في : المغرب

Fait à : .....

توقيع المؤمن له (لها)  
Signature de l'assuré (e)

توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصادرة  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

\* INP : Identification Nationale du Praticien

\* Cocher la mention utile pour chaque case

\* أطّلب الخاتمة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

### **description des actes effectués**

صف العملات المتقدمة

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

#### **عمليات الائتمان والتجارة في مصر**

M - 10

جريدة الوحدات التي تم تغليظها و التجهيزات الطبية الممولة

## Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

INP :

Actes Paramédicaux

عملية المعاشرة الطبيعية

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

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.



# Ophthalmology Laser Le Guelliz

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

البيهاد الحول، أمراض الجفن، المسالك

الدمعية، النزق، القرنية، الشبكية.

الجراحة الانكسارية والعدسات اللاصقة

Marrakech le :

13 septembre 2022

Mme BENFDIL LAILA

1/10,00

x 3

+ 1/ MIXTEARS COLLYRE



1 goutte 4 fois/j, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

83,00

x 3

2/ XAILIN NIGHT POMMADE

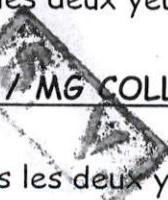


1 application le soir, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

19/2/10

x 6

3/ DUOTRAV 40 / 5 µG / MG COLLYRE



1 fois par jour à 21h, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

Ophtalmology Laser Le Guéliz  
Dr BENHADDOU RAJAA  
Spécialiste ophtalmologie  
Business Affaires Gueliz Intersection Bd Abdelkrim  
El Khattabi et Bd My rachid 2e étage N° 11 Marrakech  
Tél : +212 0808536471

PHARMACIE MANISS  
SARL AU  
12, Merstane III Marrakech  
Tél : 05 24 30 13 27  
INPE : 072041205

Cabinet d'ophtalmologie spécialisé

Adulte &amp; enfant

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

عيادة متخصصة في أمراض وجراحة العيون

الكبار والصغار

المياه البيضاء حول أمراض الجفن، المسالك

النفعية، الزرقة، القرنية، الشبكية.

الجراحة الانكسارية والعدسات اللاصقة

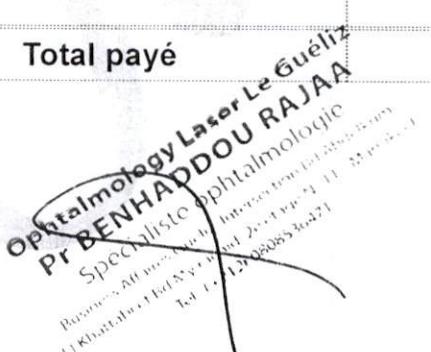
Marrakech le :

## Reçu de caisse N° : 60083

soukaina

Identifiant patient	Nom du patient	Date encaissement
PT150300508	BENFDIL LAILA	13/09/2022

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



DUOTRAV® 40 µg/ml + 5 mg/ml  
Collyre en solution, 2,5 ml  
Boîte de 1 flacon  
SotHEMA Bouskoura  
AMM N° 59/18 DMP / 21/NRQ  
PPV 192.10 DH

DUOTRAV® 40 µg/ml + 5 mg/ml  
Collyre en solution, 2,5 ml  
Boîte de 1 flacon  
SotHEMA Bouskoura  
AMM N° 59/18 DMP / 21/NRQ  
PPV 192.10 DH  
6 118001 071340

**Titulaire d'AMM au Maroc**  
صاحب رخصة التسويق بال المغرب  
Laboratoire SOTHEMA  
B.P N° 1, 27182 Bouskoura-Maroc  
**Fabricant :** المصنع  
Alcon-Couvreur N. V.  
Rijksweg 14, B2870- Puurs, Belgique  
Alcon Cusi, S.A  
Camil Fabra 58, 08320 El Masnou, Espagne



01 2023  
TIPR1F

EXP :  
Lot :

DUOTRAV®  
40 microgrammes/ml + 5 mg/ml collyre en solution  
travoprost/timolol

08 2023  
1HPE 1A

EXP :  
Lot :

DUOTRAV®  
40 microgrammes/ml + 5 mg/ml collyre en solution  
travoprost/timolol

08 2023  
1HPE 1A

DUOTRAV® 40 µg/ml + 5 mg/ml  
Collyre en solution, 2,5 ml  
Boîte de 1 flacon  
SotHEMA Bouskoura  
AMM N° 59/18 DMP / 21/NRQ  
PPV 192.10 DH  
6 118001 071340

DUOTRAV® 40 µg/ml + 5 mg/ml  
Collyre en solution, 2,5 ml  
Boîte de 1 flacon  
SotHEMA Bouskoura  
AMM N° 59/18 DMP / 21/NRQ  
PPV 192.10 DH  
6 118001 071340

**Titulaire d'AMM au Maroc**  
صاحب رخصة التسويق بال المغرب  
Laboratoire SOTHEMA  
B.P N° 1, 27182 Bouskoura-Maroc  
**Fabricant :** المصنع  
Alcon-Couvreur N. V.  
Rijksweg 14, B2870- Puurs, Belgique  
Alcon Cusi, S.A  
Camil Fabra 58, 08320 El Masnou, Espagne

**Titulaire d'AMM au Maroc**  
صاحب رخصة التسويق بال المغرب  
Laboratoire SOTHEMA  
B.P N° 1, 27182 Bouskoura-Maroc  
**Fabricant :** المصنع  
Alcon-Couvreur N. V.  
Rijksweg 14, B2870- Puurs, Belgique  
Alcon Cusi, S.A  
Camil Fabra 58, 08320 El Masnou, Espagne

DUOTRAV® 40 µg/ml + 5 mg/ml  
Collyre en solution, 2,5 ml  
Boîte de 1 flacon  
SotHEMA Bouskoura  
AMM N° 59/18 DMP / 21/NRQ  
PPV 192.10 DH  
6 118001 071340



DUOTRAV.

05 2023  
16ZF1F

travoprost/timolol

40 microgrammes/ml + 5 mg/ml collyre en solution



DUOTRAV.

08 2023  
1HPE1A

travoprost/timolol

40 microgrammes/ml + 5 mg/ml collyre en solution

DUOTRAV.

travoprost/timolol

40 microgrammes/ml + 5 mg/ml collyre en solution



DUOTRAV.

08 2023  
1HPE1A

travoprost/

timolol

40 microgrammes/ml + 5 mg/ml collyre en solution



DUOTRAV.



DUOTRAV.



DUOTRAV.



DUOTRAV.



DUOTRAV.



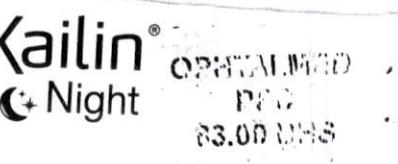
DUOTRAV.



سليست  
سلست

ميسالي  
ميسالي

ميسالي  
ميسالي





MME BENFDIL LAILA  
N 116 RUE MISR MARISTAN 3

AMERCHICH

MARRAKECH

MARRAKECH AMERCHICH  
40002

N° de Dossier : 76353109 Date et heure : 20/09/2022 09:32

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 TARGA 40406

Valeur en Dirhams : 2 121,60 Nombre de pièces : 15

Code Etablissement : Agent de réception : M4M0574

Nom Etablissement :

Accusé de Réception



Le plug-in Adobe Flash Player n'est plus compatible



BENFDIL LAILA

432: 863768

Affilié : 357312

civ : B 423247

Accueil > Application > assure app

<https://portailapps/www/index.php/assures/auth>

Médecins

Remboursements

Prises en charge

Immatriculation

Menu



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

Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMQ	Mutuelle	Tot
- 2		03/12/2022	Virement		1 765,20	1 001,74	275,46	1 277,
	76749024	11/10/2022	Payé en : 53 jours	BENFDIL LAILA	1 501,80	872,36	241,44	1 113,
	76874162	18/10/2022	Payé en : 46 jours	BENFDIL LAILA	263,40	129,38	34,02	163
- 1		01/12/2022	Virement		2 121,60	1 272,60	30,00	1 302
	76353109	20/09/2022	Payé en : 72 jours	BENFDIL LAILA	2 121,60	1 272,60	30,00	1 302
- 1		10/05/2022	Virement		3 964,20	2 375,70	445,30	2 82
	71676336	29/12/2021	Payé en : 132 jours	BENFDIL LAILA	3 964,20	2 375,70	445,30	2 82
- 1		13/04/2022	Virement		3 029,60	1 272,60	30,00	1 30
	73034111	09/03/2022	Payé en : 35 jours	BENFDIL LAILA	3 029,60	1 272,60	30,00	1 30