

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.



140146

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 : BENFEDIL Laila Date de naissance : 1955

Adresse : 116 Maïstan 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

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 العلاجات 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 وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تختصم 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.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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



ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة
Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

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

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : BENFDIL LAILA
N° Affiliation : 357342
N° Immatriculation : 432863768
N° CIN : B 493247
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* : MOI-MÊME
Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن
Adresse : 116 Maïstan 3 Amezich
العنوان : 116 ماستان 3 أمزيح
Montant des frais (Dhs) : 2121,60
عدد الوثائق المرفقة : 15
مبلغ المصاريف (درهم) : 2121,60

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins
Nom et prénom :
Date de naissance : 1955
N° CIN : B 493247
Sexe* : M ☐ ذكر ☒ أنثى
المستفيد من العلاجات
الاسم العائلي والشخصي :
تاريخ الميلاد :
رقم بطاقة التعريف الوطنية :
الجنس* :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 071830833
Type de soins :
Admission ALD* : Oui ☐ Non ☐
N° dossier ALD* :
Code ALD :
Soins ambulatoires* ☐ علاجات خارجية* ☐ Pli confidentiel remis* : Oui ☐ Non ☐
Hospitalisation* ☐ استشفاء* ☐ Date d'hospitalisation :
الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :
نوع العلاجات
قبول المرض المزمن :
رقم ملف المرض المزمن :
رقم المرض المزمن :
تم تقديم الظرف المغلق :
تاريخ الاستشفاء :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.
Fait à : Marrakech
le : 2010/09/09
توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré (e)
أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : Marrakech
le : 2010/09/09
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
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

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاقدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تاريخ الإيداع :

[illegible]

CIM - 10

جاء الوصفان اللذان تم تقليدهما في القهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
13/9/22	1821,60	<p>PHARMACIE MANISS SARLAU 12, Merstane III Marrakech Tél : 06 24 30 13 77 INP : 070400000</p>
	INP : <input type="text"/>	
	INP : <input type="text"/>	
	INP : <input type="text"/>	
	INP : <input type="text"/>	

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

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 و طابع طبيب الأشعة أو الإحصائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP : [][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][]					

Actes Paramédicaux

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 :					

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 Yasine

Ophthalmology Laser Le Guéliz

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 والعدسات اللاصقة

Marrakech le :

13 septembre 2022

Mme BENFDIL LAILA

1/ MIXTEARS COLLYRE

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

2/ XAILIN NIGHT POMMADE

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

3/ DUOTRAV 40 / 5 μ G / MG COLLYRE

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

Ophthalmology Laser Le Guéliz
Pr BENHADDOU RAJAA

Spécialiste ophtalmologie

Parc des Affaires Guéliz - Intersection Bd Abdelkrim El Khattabi et Bd Myrachid
2^e étage N° 11 - Marrakech
El Khattabi et Bd Myrachid - 2^e étage N° 11 - Marrakech
Tél : 05 24 30 13 27 / 0808536471

PHARMACIE MANISS
SARL AU
12, Merstane III Marrakech
Tél : 05 24 30 13 27
INPE : 672041205

**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

Ophthalmology Laser Le Gueliz
Pr BENHADDOU RAJAA
 Spécialiste ophtalmologie
 Business Affaires Gueliz Intersection Bd Abdelkrim El Khattabi et Bd My rachid 2e étage N° 11
 El Khattabi et Bd My rachid 2e étage N° 11 Marrakech
 Tél : 0808536471 / 0664059999



40 microgrammes/mL + 5 mg/mL collyre en solution
Travoprost/timolol

DUOTRAV

11PR1F
01 2023

Lot: EXP:

DUOTRAV 40 µg/mL + 5 mg/mL
Collyre en solution - 2,5 ml
Boîte de 1 flacon
Sothema Bouskoura
AMM N° 591/18 DMP / 21/NRQ
PPV : 192,10 DH



6 118001 071340

Titulaire d'AMM au Maroc

صاحب رخصة التسويق بالمغرب

Laboratoire SOTHEMA
B.P N° 1, 27182 Bouskoura-Maroc

المصنع:
Alcon-Couvreur N.V.
Rijksweg 14, B2670- Puurs, Belgique
Alcon Cusi, S.A

Camil Fabra 58, 08320 El Masnou, Espagne



40 microgrammes/mL + 5 mg/mL collyre en solution
Travoprost/timolol

DUOTRAV

11PE1A
08 2023

Lot: EXP:



6 118001 071340

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

Remboursable AMO
407393 MA

Titulaire d'AMM au Maroc

صاحب رخصة التسويق بالمغرب

Laboratoire SOTHEMA
B.P N° 1, 27182 Bouskoura-Maroc

المصنع:
Alcon-Couvreur N.V.
Rijksweg 14, B2670- Puurs, Belgique
Alcon Cusi, S.A

Camil Fabra 58, 08320 El Masnou, Espagne



40 microgrammes/mL + 5 mg/mL collyre en solution
Travoprost/timolol

DUOTRAV

11PE1A
08 2023

Lot: EXP:



6 118001 071340

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

Remboursable AMO
407393 MA

Titulaire d'AMM au Maroc

صاحب رخصة التسويق بالمغرب

Laboratoire SOTHEMA
B.P N° 1, 27182 Bouskoura-Maroc

المصنع:
Alcon-Couvreur N.V.
Rijksweg 14, B2670- Puurs, Belgique
Alcon Cusi, S.A

Camil Fabra 58, 08320 El Masnou, Espagne



DUOTRAV[®] 40 microgrammes/mL + 5 mg/mL collyre en solution
travoprost/timolol

16ZF 1F
05 2023

EXP :
Lot :



DUOTRAV[®] 40 microgrammes/mL + 5 mg/mL collyre en solution
travoprost/timolol

1HPE 1A
08 2023

EXP :
Lot :



DUOTRAV[®] 40 microgrammes/mL + 5 mg/mL collyre en solution
travoprost/timolol

1HPE 1A
08 2023

EXP :
Lot :

DUOTRAV[®] 40 µg/mL + 5 mg/mL
Collyre en solution, 2,5 ml

Boîte de 1 flacon

Sothema Bouskoura

AMM N° 59118 DMP / 21 NRQ

PPV 192.10 DH

6 118001 071340



Titulaire d'AMM au Maroc

Sachab Rخصة التسويق بالقرب

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



6 118001 071340

DUOTRAV[®] 40 µg/mL + 5 mg/mL

Collyre en solution, 2,5 ml

Boîte de 1 flacon

Sothema Bouskoura

AMM N° 59118 DMP / 21 NRQ

Remboursable AMO

407393 MA

Titulaire d'AMM au Maroc

Sachab Rخصة التسويق بالقرب

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



6 118001 071340

DUOTRAV[®] 40 µg/mL + 5 mg/mL

Collyre en solution, 2,5 ml

Boîte de 1 flacon

Sothema Bouskoura

AMM N° 59118 DMP / 21 NRQ

Remboursable AMO

407393 MA

Titulaire d'AMM au Maroc

Sachab Rخصة التسويق بالقرب

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

معلومات الحبوب

5
حبوب اللين

معلومات الحبوب
5
حبوب اللين



PPC : 140DH00

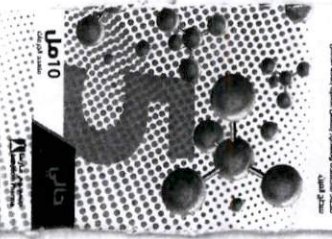
LOT
H00122
2025/02



معلومات الحبوب

5
حبوب اللين

معلومات الحبوب
5
حبوب اللين



PPC : 140DH00

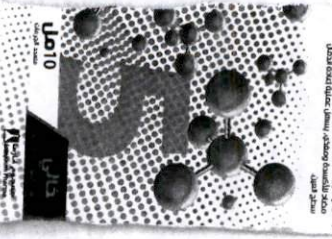
LOT
H00122
2025/02



معلومات الحبوب

5
حبوب اللين

معلومات الحبوب
5
حبوب اللين



PPC : 140DH00

LOT
H00122
2025/02



Xailin®
Night

Smerende O
Nachte
van dro
Zonder

OPHTALMED
PPC
83.00 DHS

Unguer
Amelior
senzati
Fără cor

5g



Xailin®
Night

Smerende O
Nachtelijke
van droge o
Zonder con:

OPHTALMED
PPC
83.00 DHS

Unguent O
Amelioreaz
senzati
Fără conse

5g



Xailin®
Night

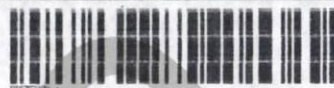
OPHTALMED
PPC
83.00 DHS

5g





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

Accusé de Réception

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 :		

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



BENFDIL LAILA
432: 863768
Aff: 357312
cin: B 423247

Accueil > Application > assure app

[/portailapps/www/index.php/assures/auth...](#)

[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	AMO	Mutuelle	Tot
- 2	-	03/12/2022	Virement	BENFDIL LAILA	1 765,20	1 001,74	275,46	1 277,70
76749024	11/10/2022	Payé en : 53 jours		BENFDIL LAILA	1 501,80	872,36	241,44	1 113,60
76874162	18/10/2022	Payé en : 46 jours		BENFDIL LAILA	263,40	129,38	34,02	163,80
- 1	-	01/12/2022	Virement	BENFDIL LAILA	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	BENFDIL LAILA	3 964,20	2 375,70	445,30	2 822,60
71676336	29/12/2021	Payé en : 132 jours		BENFDIL LAILA	3 964,20	2 375,70	445,30	2 822,60
- 1	-	13/04/2022	Virement	BENFDIL LAILA	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

Assurés | Producteurs de soins | Employeurs | Plan du site

© CNOPS - 2009 - Tous droits réservés
Utilisation SQLi