

# 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.

## 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

Thonry

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0016487

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

01201

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENFDIL Laila

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 : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age: .....

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

Établir 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 suivant 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 التغطية
Identification de l'agent : _____	
Date de dépôt du dossier : _____	
Tariх едър : _____	

## تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، تأ妄ق قحوص الأشعة أو المختبر).

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

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التغاضدية 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 يوماً) 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 للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

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



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

## Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire

Réf ANAM 1.1.01.01

مراجع رقم

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

خاص بالمؤمن له (لها)

### Partie réservée à l'assuré(e)

الإسم العائلي و الشخصي : ..... BENFIDIL LAILA .....  
رقم الإنخراط : ..... 357319 .....  
رقم التسجيل : ..... 438863768 .....  
رقم بطاقة التعريف الوطنية : ..... B493247 .....  
علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له \*

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\* ..... MOLMENE .....  
Conjoint ○ زوج ○ Enfant ○ ابن ○

Conjoint ○ زوج ○ Enfant ○ ابن ○  
Adresse : ..... 116 Maristam 3 Amelklich .....  
..... MARRAKECH .....  
العنوان : ..... 0664.987358 .....  
مبلغ المصاري (درهم) : ..... 1501,80 .....  
عدد الوثائق المرفقة : ..... 11 .....  
Nombre de pièces jointes : ..... 11 .....  
تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات  
الإسم العائلي و الشخصي : ..... Benfidel laila .....  
تاريخ الإيداع : ..... 11/11/2018 .....  
رقم بطاقة التعريف الوطنية : ..... B493247 .....  
الجنس \*: ..... M ذكر ○ F أنثى ○ .....  
تعريف الطبيب المعالج

Declaration du médecin traitant  
Bénéficiaire de soins  
Nom et prénom : ..... Benfidel laila .....  
Date de naissance : ..... 11/11/2018 .....  
N° CIN : ..... 0741180409 .....  
Sexe \*: ..... M ذكر ○ F أنثى ○ .....  
الرقم الوطني الإستدلالي للممارس : ..... 0741180409 .....  
نوع العلاجات

تم تقديم الظرف المغلق \* : ..... Oui ○ Non ○ .....  
تاريخ الحمل : ..... 11/11/2018 .....  
التاريخ المرتفق للولادة : ..... 11/11/2018 .....  
تاريخ الإبتعاث : ..... 11/11/2018 .....  
تاريخ الخطيب ..... عدن .....  
أسباب الخطيب ..... عدن .....  
الإصرار و التكملة و صحة المعلومات المذكورة أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Pli confidentiel remis \* : ..... Oui ○ Non ○ .....  
Date de grossesse : ..... 11/11/2018 .....  
Date prévue d'accouchement : ..... 11/11/2018 .....  
Date d'hospitalisation : ..... 11/11/2018 .....  
Date d'accident : ..... 11/11/2018 .....  
Causes : .....  
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

Fait à : ..... MARRAKECH ..... حرر ب : .....  
le : ..... 11/11/2018 ..... في : .....  
توقيع المؤمن له (لها) .....  
Signature de l'assuré (e) .....  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

\* أشطب الخانة  
يمنع مفعلاً كلما يبيع هذا المطبوع

### **description des actes effectués**

وصف العمليات المجرأة

CIM-10

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

## Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاریخ التنفيذ Date d'exécution	الشمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
03/10/22	265,00	<b>PHARMACIE MANISS</b> <b>PHAR SABRA MANISS</b> 12, Merstane III Marrakech Tél : 05/24 30 11 26 TEINPE : 072043205 INN : 072041205
5/10/22	196.80	<b>PHARMACIE MANISS</b> <b>PHAR SABRA MANISS</b> 12, Merstane III Marrakech Tél : 05/24 30 11 26 TEINPE : 072043205 INN : 072041205
		INN : [REDACTED]

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

## عمليات الاحياء، الاشعة و الصور

Actes Paramédicaux

عملات المساعدین الطفیل

نوع المعاينات	رمز المعاينات	معامل المعاينات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					

5.0.2.0

Date d'édition : 11/10/2022 12:46:58

MME BENFDIL LAILA  
N 116 RUE MISR MARISTAN 3

AMERCHICH

MARRAKECH

MARRAKECH AMERCHICH  
40002

N° de Dossier : 76749024 Date et heure : 11/10/2022 12:46

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 : CHICHAOUA 46401

Valeur en Dirhams : 1 501,80 Nombre de pièces : 11

Code Etablissement : M4M0445 Agent de réception :

Nom Etablissement :

### Accusé de Réception





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



BENFDIL LAILA  
432: 863768  
Affilié: 357312  
CIN: B 423247

Accueil > Application > assure app

(/portailapps/www/index.php/assures/auth) 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 Mutualités 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	Total
- 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

Dr. Hynde BOUHAMDAN

Médecine Générale

Echographie Générale  
et obstétricale

Gynécologie médicale

الدكتورة هيند بومحمدان

الطب العام

الفحص بالصدى الصوتي

أمراض النساء

Marrakech, le 08/10/2011 : مراكش في :

Benfdil laila

85,00

1) Doucelium 3 Dr. BOUHAMDAN Hynde الطبيب العام  
Médecin Généraliste طب النساء  
Gynécologie Médicale 40, Rue Dar El Hadit, Amerchich  
Marrakech Tél : 05 24 31 25 31



1 ejour

180,00 2) Synolix gel

1 g x 3

265,00

Dr. BOUHAMDAN Hynde الطبيب العام  
Médecin Généraliste طب النساء  
Gynécologie Médicale 40, Rue Dar El Hadit, Amerchich  
Marrakech Tél : 05 24 31 25 31

PHARMACIE MANISS  
SARL AU  
12, Marjane II Marrakech

رقم 40. تجزئة الكتبية زنقة دار الحديث - أمروشيش (قرب البديع) مراكش - الهاتف : 05 24 31 25 31  
N°40, Koutoubia , Rue dar El Hadit - Amerchich, Marrakech - Tél : 05 24 31 25 31

# لد - نور®

أتورفاستاتين

10 ملخ

عن طريق الفم

220578  
LOT  
EXP 04/2025  
PPV 57,80 DH

قرصا ملسا

30 x

LD-NOR 10mg  
30 comprimés pelliculés

 COOPER PHARMA

6 118000 082217



220578  
LOT  
EXP 04/2025  
PPV 57,80 DH

10 ملخ

عن طريق الفم

# لد - نور®

أتورفاستاتين

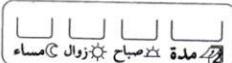
قرصا ملسا

30 x

LD-NOR 10mg  
30 comprimés pelliculés

 COOPER PHARMA

6 118000 082217



Distribué par: Cooper Pharma, 41  
Rue Mohamed Diouri 20110  
Casablanca, Maroc Amina Daoudi  
Pharmacien responsable

**Sous licence:** Merck Santé  
37 rue Saint-Romain  
69379 LYON CEDEX 08

**Fabricants:**  
Merck KGaA,  
Frankfurter Strasse 250  
64293 DARMSTADT  
Allemagne

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

**Liste II - Uniquement sur ordonnance**



6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13.40 DH

7862160336

A standard linear barcode representing the document's unique identifier.

LOT : 220580  
EXP : 04/2025  
PPV : 57,80DH

١٠ ملخ

# لَدْ - نُور<sup>®</sup>

أَتُورِفَاسْتَاتِين

قرصا ملبيسا 30 x

**LD-NOR 10mg** C  
30 comprimés pelliculés

**COOPER**  
PHARMA



6118000 082217

Dr. Hynde BOUHAMDAN

Médecine Générale

Echographie Générale  
et obstétricale

Gynécologie médicale

الدكتورة هيند بومدان

الطب العام

الفحص بالصدى الصوتي

أمراض النساء

Marrakech, le 05/10/2008 مراكش في :

Benfotil laits

13.60

1) Léusthyazole 50 (SV)  
14) parfum

2) LDNol 10g (SV)

57.80 X 3 14/10/2008

186.80

د. بومدان هيند  
الطبيبة  
طبيبة النساء  
Dr. BOUHAMDAN HYNDE  
Médecin Généraliste  
Gynécologie Médicale  
40, Rue Dar El Hadit, Amerchich  
Marrakech - Tél : 05 24/31 25 31

PHARMACIE MANISS

CARLAU

12, Marstagne III Marrakech

Tél : 05 24 30 13 27

fax : 07 23 41 26

رقم 40. تجزئة الكتبية زنقة دار الحديث - أمرشيش (قرب البديع) مراكش - الهاتف : N°40, Koutoubia , Rue dar El Hadit - Amerchich, Marrakech - Tél : 05 24 31 25 31

# Sinovix

## CONTRE LES DOULEURS

MUSCULAIRES  
ARTICULAIRES  
POST-TRAUMATIQUES

FORMULE  
SANS AJOUT  
DE CONSERVATEURS

EFFET  
THERMIQUE

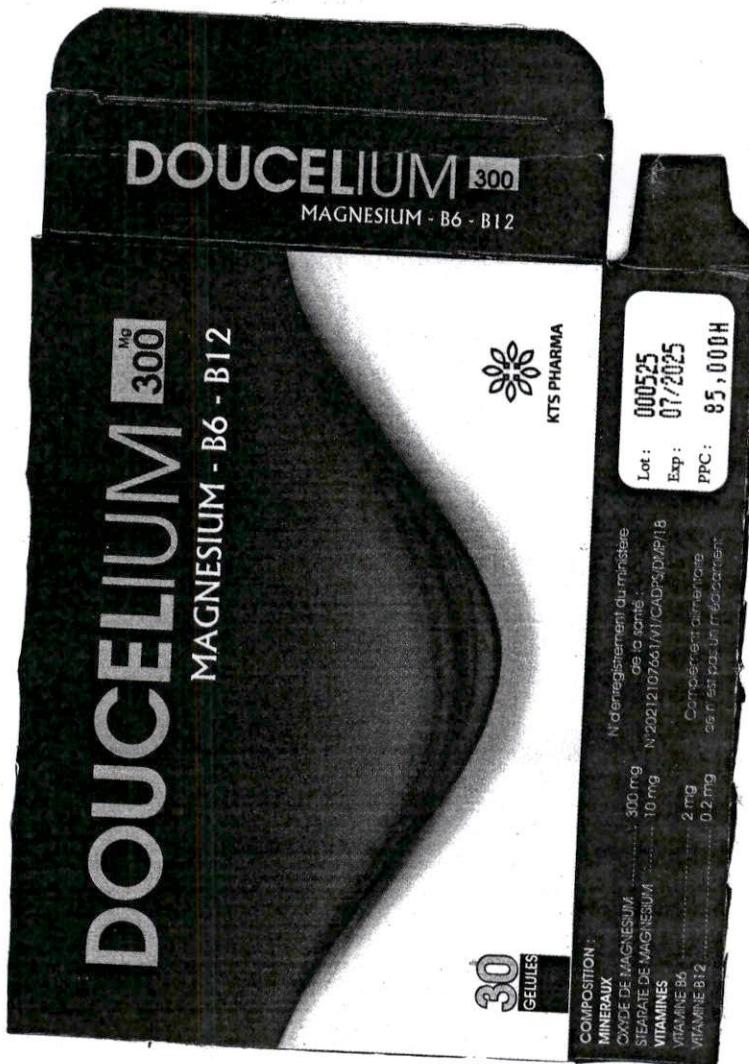
GEL  
ANTI - DOULEUR  
AUX HUILES ESSENTIELLES

Dispositif Médical

LOT

LOT: C126  
EXP: 02/2024  
PUC: 180.00DH

\* REV. :2019/11/A\*





Dr. Hynde BOUHAMDAN

Médecine Générale

Echographie Générale  
et obstétricale

Gynécologie médicale

الدكتورة هيند بو حمدان

الطب العام

الفحص بالصدى الصوتي

أمراض النساء

مراكش في : 03/10/2022

Benfodil laïla

Echographie abdominale:

- Foie frappé d'éléostéose

- Médiastin médiastinal

- ~~Abdomen~~ Cholecole

- VBD libre

Ré: Moul

د. بو حمدان هيند  
الطب العام  
طب النساء  
Dr. BOUHAMDAN Hynde  
Médecin Généraliste  
Gynécologie Médicale  
40, Rue Dar El Hadid, Amerchich  
Marrakech - Tel : 05 24 31 25 31

رقم 40. تجزئة الكتبية زنقة دار الحديث - أمرشيش (قرب البديع) مراكش - الهاتف : 05 24 31 25 31  
N°40, Koutoubia , Rue dar El Hadit - Amerchich, Marrakech - Tél : 05 24 31 25 31

**Dr. BOUHAMDAN Hynde**  
 م. بوحمدان حندي  
 Médecin Généraliste  
 Gynécologie Médicale  
 40, Rue Dar El Hadid, Amerschich  
 Marrakech - Tel : 02 24 31 25 31

## BILAN BIOLOGIQUE

Le: 03/10/2012

Benfodil la la Age: ..... Sexe : M  F

### ◆ Groupage sanguin

- Groupe
- Rhésus
- RAI
- Phénotype Rhésus
- Coombs Indirect
- Coombs direct

### ◆ Hématologie/infectiologie

- NFS
- Plaquette
- Electrophorèse de l'hémoglobine
- Réticulocytes
- VS
- CRP
- Procalcitonine

### ◆ Bilan d'hémostase

- TP
- INR
- TCK
- Fibrinogène
- D-Dimères

### ◆ Bilan lipidique

- Cholésterol total
- Cholésterol HDL
- Cholésterol LDL
- Triglycérides

### ◆ Bilan glycémique

- Glycémie à jeun
- Hyperglycémie provoquée
- Hémoglobine glyquée

### ◆ Bilan martial

- Fer sérique
- CTF
- Ferritine
- Transferrine

### ◆ Ionogramme sanguin

- Na +
- K +
- Cl -
- Calcium
- Réserve Alcaline
- Phosphore
- Magnésium
- Magnésium erythrocytaire
- Protéines
- Acide urique

### ◆ Ionogramme urinaire

- Diurèse
- Na +
- K +
- Cl -
- Calcium
- Phosphore
- Urée

### ◆ Fonction rénale

- Urée
- Créatinine
- Clairance de la créatinine
- Protéinurie des 24h

### ◆ Fonction hépatique et pancréatique

- ASAT
- ALAT
- Phosphatase alcaline
- Gamma GT
- Bilirubine libre
- 5'Nucléotidase
- Amylase
- Lipase
- Electrophorèse des protéines

### ◆ Examen des urines

- ECBU
- ATB gramme
- Test de grossesse

### ◆ Bilan hormonal

- Prolactine
- FSH
- Oestradiol
- $\beta$ HCG
- T3
- T4
- TSH us

### ◆ Sérologie et immunologie

- VDRL
- TPHA
- Hépatite A
- Hépatite B
- Antigène Hbs
- Antigène Hbe
- Anticorps Anti Hbc
- Anticorps Anti Hbs
- Anticorps Anti Hbe
- Hépatite C
- ASLO

### ◆ Examen des selles

- Coprologie
- Parasitologie
- Divers
- Phosphatase acide
- Vitamine D
- CPK
- Troponines
- BNP
- Pro BNP

Dr. BOUHAMDAN Hynde  
 م. بوحمدان حندي  
 Médecin Généraliste  
 Gynécologie Médicale  
 40, Rue Dar El Hadid, Amerschich  
 Marrakech - Tel : 02 24 31 25 31

# مختبر النخيل للتحاليل الطبية "NAKHIL"

## D'ANALYSES MEDICALES ET BIOLOGIQUES

CHARRAT Abdelkarim  
Pharmacien Biologiste

الشراط عبد الكرم  
صيدلي بيولوجي

INPE :  
073002735

Madame BENFDIL LAILA

R.C : 36 218 - IF:69100730  
I.C.E : 0016 0986 5000 024

KK7869

CNOPS

Facture N° : 54685

Prescripteur : Docteur BOUHAMDAN HYNDE

Analyses Effectuées Le 04/10/2022

Prélèvements

25 dh

Glycémie (à jeun)	b : 30
Cholestérol total	b : 30
Cholestérol HDL	b : 50
Cholestérol LDL	b : 50
Triglycérides	b : 60
transaminases	b : 100
Gamma -G.T.	b : 50
Phosphatases alcalines	b : 50
Hémoglobine glycosylée	b : 100
Thyreostimuline (TSH us)	b : 250

TOTAL\_B : b 770

TOTAL DOSSIER : 850 dh

Arrêtée la présente facture à la somme de :

HUIT CENT CINQUANTE DHS

Laboratoire NAKHIL  
D'ANALYSES MÉDICALES  
BIOLOGIQUES  
Av. Yacoub El Mansour Imm. Nakhil  
Marrakech - Tel : 024 44 71 35/024

Laboratoire NAKHIL  
D'ANALYSES MÉDICALES  
BIOLOGIQUES  
Av. Yacoub El Mansour Imm. Nakhil  
Marrakech - Tel : 024 44 71 35/024