

# 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.

M23-001908

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1480 Société : R.A.M. AS2882  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : .....  
 Nom & Prénom : EL MOUSTI RACHID  
 Date de naissance : 26-06-49  
 Adresse : ville ATTADAMOUNE Rue 9, 106 OULFA CASABLANCA  
 Tél. : 0663875063 Total des frais engagés : 2431,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément  
CHOPS

Date de consultation : ..... / .....

Nom et prénom du malade : BENJELLOUN Amina

Age : 67

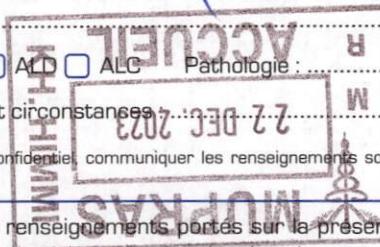
Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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.



Sur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare  
accepter la clause relative à la protection des données personnelles.

Le : ..... / ..... / .....



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

RETOUR POUR COMPLEMENT 1

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
- 3	-	15/12/2023	Virement	-	3 481,80	2	101,23	2
						225,56		326,79
	19/10/2023	Payé en : 57 jours		BENJALLOUN AMINA	2 431,50	1	29,00	1
						663,40		692,40
83608511	13/11/2023	Payé en : 32 jours		BENJALLOUN AMINA	337,70	146,39	11,03	157,42
84105312	13/11/2023	Payé en : 32 jours		BENJALLOUN AMINA	712,60	415,77	61,20	476,97
84105327								
⋮ 2		01/11/2023	Virement	-	4 286,10	2	638,66	3
						703,88		342,54
⋮ 2		28/06/2023	Virement	-	2 539,10	1	206,92	1
						299,22		506,14



## Accusé de Réception



MME BENJALLOUN AMINA

CT ATTADAMOUN R 2 N 6 AZ

OULFA

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI

20000

N° de Dossier :

83608511

Date et heure : 19/10/2023 09:00

Nom et prénom Assuré :

BENJALLOUN AMINA

Immatriculation :

93230532 / 090018027

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

BENJALLOUN AMINA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA 90171

Valeur en Dirhams :

2.431,50

Nombre de pièces : 20

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE489

Nom Etablissement :

MME BENJALLOUN AMINA

CT ATTADAMOUN R 2 N 6 AZ

OULFA

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI

20000

N° de Dossier :

83608511

Date et heure : 19/10/2023 09:00

Nom et prénom Assuré :

BENJALLOUN AMINA

Immatriculation :

93230532 / 090018027

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

BENJALLOUN AMINA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA 90171

Valeur en Dirhams :

2.431,50

Nombre de pièces : 20

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE489

Nom Etablissement :



Accusé de Réception



**ANNO**

## Instructions à suivre

## تعليمات يجب اتباعها

La feuille de soins doit être renseignée, signée et accompagnée des pièces originales nécessaires (ordonnance médicale, factures, codes à barres, etc.).

Les résultats des analyses biologiques ne sont pas exigés lors du dépôt des dossiers de demande de remboursement au niveau de votre Mutuelle. Les résultats des examens radiologiques ne sont pas également exigés sauf pour des cas précis (Visitez le site de la CNOPS pour plus de détail).

La feuille de soins doit porter l'INPE du médecin traitant et des professionnels de soins, ainsi que leur cachet, leur signature et la date des actes.

Le remboursement des dossiers de maladie s'effectue sur la base de la Tarification Nationale de Référence.

Le dossier de remboursement doit être adressé ou présenté à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il s'agit d'un traitement continu. Dans ce cas, le dossier doit être présenté dans les 60 jours qui suivent la fin du traitement.

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. (Article 135 de la Loi 65-00).

Pour plus d'informations, visitez le site [www.cnops.org.ma](http://www.cnops.org.ma) ou le site de votre mutuelle.

Pour l'Assurance Maladie Obligatoire des Etudiants (AMOE) les bénéficiaires doivent renseigner leurs noms, le n° de la CIN et adresser le dossier de remboursement à la CNOPS au 4, rue Al KHilil, B.P 209- Rabat.

## Cachet et signature de la mutuelle

يجب تعينة ورقة العلاجات والتوقيع عليها وارفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسلية للأدوية، إلخ...).

المؤمن عن طلب بالادلاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف التعويض لدى التغاضدية ولا بالادلاء بنتائج الفحوصات الاشعاعية الا في بعض الحالات الخاصة (زوروا موقع الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل).

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقي مهنيي الصحة وتوقيعهم وختفهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التغاضدية التي تتلقون إليها خلال الشهرين الموليين لتاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمن، حيث يتم احتساب أجل 60 يوماً ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج.

يعاقب بغرامة وبارجاع المبالغ المقوضة بغير حق دون الالتم بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة (المادة 135 من القانون 65-00).

للزائد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصندوق [www.cnops.org.ma](http://www.cnops.org.ma) أو الموقع الإلكتروني للتغاضدية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطبية (AMOE) يجب على المستفيدين تدوين إسمهم ورقم بطاقة تعریفهم الوطنية و إرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق: الكائن في: 4 زنقة الخليل ص 209 الرياض.

## توقيع وظيفة التغاضدية

## Identification de l'agent:

Tariх d'admission: \_\_\_\_\_



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire

## Feuille de soins Maladie

Numéro du Tél (optionnel): \_\_\_\_\_ رقم الهاتف (اختياري): \_\_\_\_\_

## Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom: BENJELLOUN Amal

N° d'affiliation:

N° d'immatriculation:

N° CIN:

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

Conjoint

زوج

Enfant

ابن

العنوان: Casablanca rue Al Khilil n° 6 Azhar

Montant des frais (Dhs): 243250

Nombre de pièces jointes: 200

## Déclaration du médecin traitant

## Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاج

Nom et prénom: BENJELLOUN AMAL

Date de naissance:

N° CIN:

Sexe\*:

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاج

Nom et prénom: BENJELLOUN AMAL

Date de naissance:

N° CIN:

Sexe\*:

## Identification du médecin traitant

N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE)

## Type de soins

Maladie\* 

مرض \*

Maternité\* 

أمومة \*

Hospitalisation\* 

استشفاء \*

Accident\* 

حادث \*

Pli confidentiel remis\*:

oui

non

Date de grossesse:

Date prévue d'accouchement:

Date d'hospitalisation:

Date d'accident:

Causes:

Fait à: Casablanca

Le: 17/10/2013

Signature de l'assuré(e)

FRCB

حرر:

في:

Le:

14/10/2013

ج:

صرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

OPHTAL

51 B

ج:

توقيع وظيفة الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du Médecin traitant

du de l'Etablissement de soins

\* Cocher la mention utile pour chaque case

\* ضع علامة في الخانة المناسبة

La vente de cet imprimé est formellement interdite



\* يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

### Description des actes effectués

## وصف العملات المحرّاة

التاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du médecin traitant
14-10-23	Central			60000	
17-10-23	CS			300100	
	escampe fond de l'œil			100100	
	Tatof			400100	

CIM - 10

## جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المعمونة Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

## Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

INP:

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة والصوت

Actes Paramédicaux

الطباطبائی

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

مركز طب وجراحة العيون

للفرن كاليفورنيا

الدكتورة حنان مزور



CENTRE DES MALADIES  
ET CHIRURGIE DES YEUX

Al Quods California

Dr Hanane MAZZOUZ

Ophtalmologiste

Diplômée de chirurgie de la cataracte,  
chirurgie réfractive et lasers de  
l'université Victor Segalen de Bordeaux  
Diplôme de surface oculaire  
de l'université François Rabelais, Tours  
Chirurgie des voies lacrymales  
Adaptation des lentilles de contact

le mardi 17 octobre 2023

Madame BENJALLOUN Amina

لا تغير تاريخ النسخ

10342  
dans les 2 yeux

10342  
- Monoprost, latanoprost 0,005 : 6 flacons  
1 goutte le soir 21h  
A la même heure

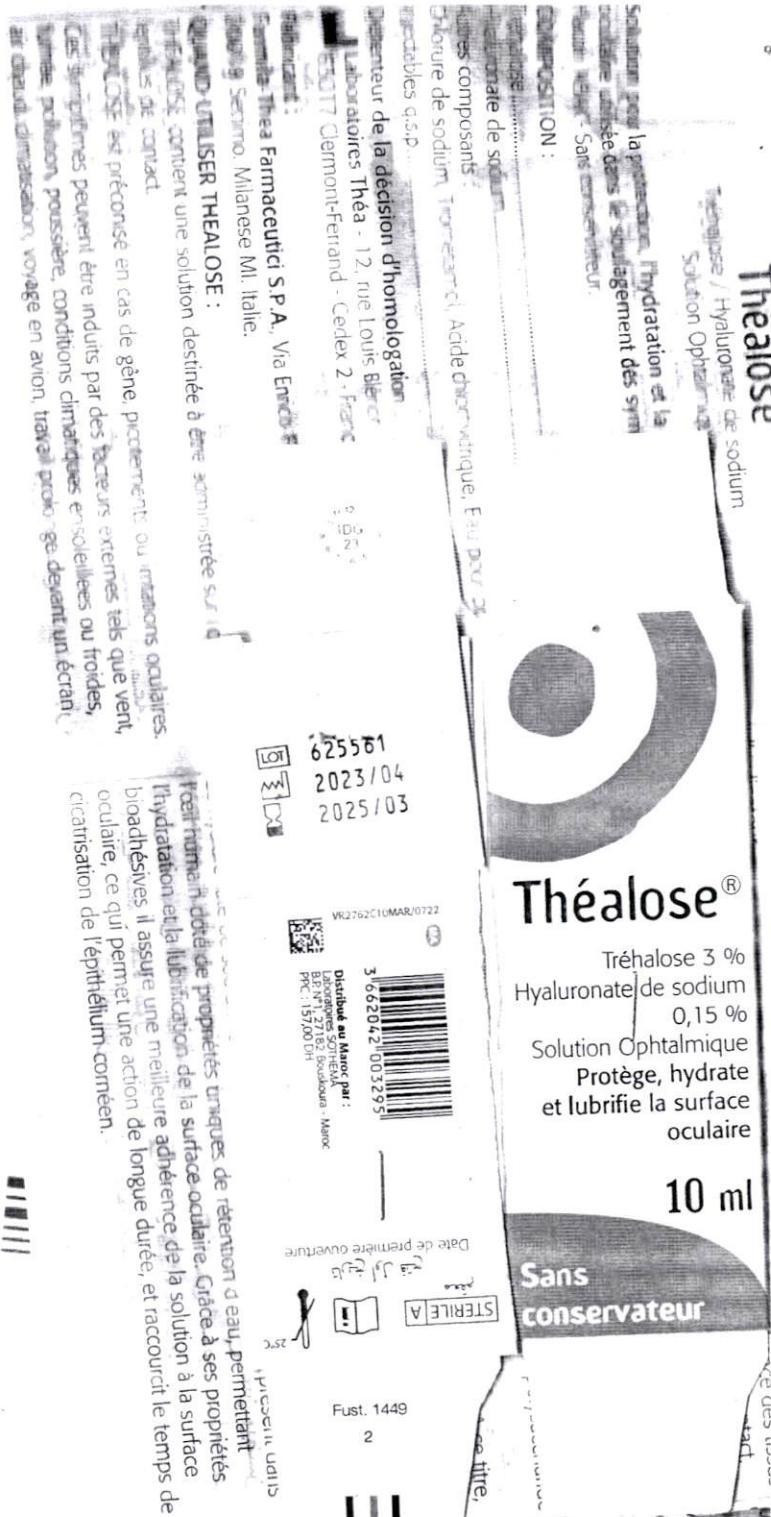
861072  
10342  
- TIMABAK 0,50 : 6 flacons  
1 goutte le matin 8h  
1 goutte le soir 20h  
A renouveler A la même heure

10342  
si Timabak indisponible CARTEOL LP  
1 goutte le matin 8H

10342  
- LIPOSTAMIN, spray oculaire : 2 flacons  
1 Pulvérisation 3 fois par jour,  
maintenir le spray à 10 cm de l'œil 1 mois

10342  
- THEALOSE 3 FLACONS  
1 goutte 3 fois par jour dans les 2 yeux à renouveler

1532,10 ————— Tél : 0 522 522 526 - GSM: 07 70 85 14 88  
511 شارع القدس، إقامة القدس كاليفورنيا، الطابق الثاني - الدار البيضاء



## CABINET D'ORTHOPTIE

**Fetouma JOUAHRI**

*Diplômée de la faculté de Médecine de Bordeaux.*

**Houda LAHLOU**

*Diplômée de la faculté de Médecine de Montpellier.*

Casablanca , le 14 – 10- 2023

Docteur ,

Le champ visuel automatisé de **Mme BENJELLOUN AMINA** a été fait avec une correction optique de +2, aux deux yeux.

### TRACE OD :

- Seuil foveal normal, à 38dB.
- On relève une bonne sensibilité différentielle, avec des indices normaux
- Le THG est dans les limites normales.
- Le VFI est à 100 %.

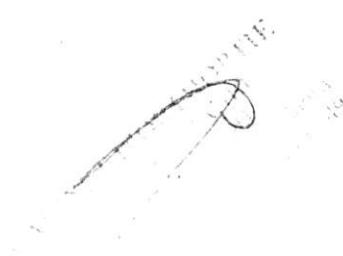
### TRACE OG :

- Seuil foveal normal, à 383 dB.
- On relève une dépression diffuse du champ visuel, moins importante que l'examen précédent.
- On note un double ressaut nasal.
- Les indices globaux et le THG sont hors limites normales.
- Le VFI est à 94% .

### CONCLUSION :

Le Champ Visuel de contrôle de **Mme BENJELLOUN** est normal à l'œil droit, et montre une petite amélioration de la sensibilité globale à l'œil gauche.

Avec tous mes remerciements .



## Caractéristiques techniques

### Batteries

Technologie : nickel-hydrure métallique (NiMH) ; taille : AAA (Micro, HR03) ; tension : 1,2 V ; capacité : 450 - 1000 mAh

### Autonomie/temps de charge du combiné

Ce combiné peut charger des batteries d'une capacité de 1000 mAh maximum. Il est inutile d'utiliser des batteries spéciales haute performance ou haute capacité pour un téléphone sans fil.

L'autonomie de votre Gigaset dépend de la capacité et de l'ancienneté des batteries, ainsi que de leur emploi (les durées d'autonomie en veille ou en communication indiquées sont des durées maximales, le temps de charge du téléphone est une durée moyenne).

	Capacité (mAh) env.				
	450	550	700	800	1000
Autonomie (heures)	185	250	285	330	405
Autonomie en communication (heures)	14	19	22	25	31
Autonomie pour 1h30 de communication quotidienne (heures), Mode Sans radiat. activé/désactivé	95/70	130/95	150/110	175/125	215/155
Temps de charge sur la base (heures)	5,0	6,5	7,5	8,5	10,5
Temps de charge sur le chargeur (heures)	4,5	6,0	7,0	8,0	10,0

Etant donné les avancées permanentes dans ce secteur, la liste des batteries recommandées, disponible dans la FAQ des pages de l'Assistance client (Customer Care) du Gigaset, est régulièrement mise à jour : [www.gigaset.com/service](http://www.gigaset.com/service)

### Puissance consommée de la base A415/AS405 A415A/AS405A

En veille

- Combiné sur le chargeur Env. 0,6 W
- Combiné hors du chargeur Env. 0,55 W

Au cours de l'appel

Env. 0,65 W Env. 0,75 W

### Caractéristiques générales

Norme DECT	Prise en charge
Norme GAP	Prise en charge
Portée	Jusqu'à 300 m à l'extérieur, jusqu'à 50 m à l'intérieur d'un bâtiment
Alimentation électrique de la base	230 V ~/50 Hz
Conditions ambiantes pour le fonctionnement	+5 °C à +45 °C ; 20 % à 75 % d'humidité relative

26106502

Lot / Fab / EXP :

8R39  
11 2022  
11 2024

Monoprost 50 microgrammes/ml  
collyre en solution en récipient unidose  
PPV : 178.90 DH



Distribué par les laboratoires SOTHEMA,  
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

collyre en solution en récipient unidose  
PPV : 178.90 DH



Distribué par le laboratoire SOTHEMA,  
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

Monoprost 50 microgrammes/ml  
collyre en solution en récipient unidose  
PPV : 178.90 DH



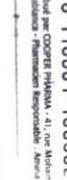
Distribué par les laboratoires SOTHEMA,  
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

Monoprost 50 microgrammes/ml  
collyre en solution en récipient unidose  
PPV : 178.90 DH

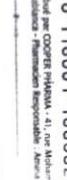


Distribué par le laboratoire SOTHEMA,  
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

6118001072583

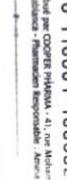


6118001072583



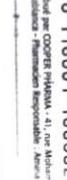
6118001072583

6118001072583



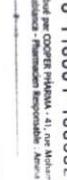
6118001072583

6118001072583



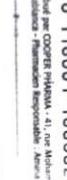
6118001072583

6118001072583



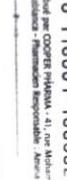
6118001072583

6118001072583



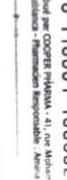
6118001072583

6118001072583



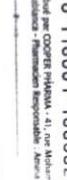
6118001072583

6118001072583



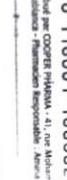
6118001072583

6118001072583



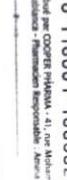
6118001072583

6118001072583



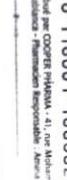
6118001072583

6118001072583



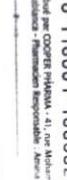
6118001072583

6118001072583



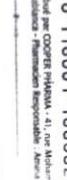
6118001072583

6118001072583



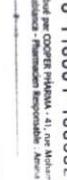
6118001072583

6118001072583



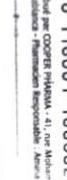
6118001072583

6118001072583



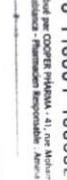
6118001072583

6118001072583



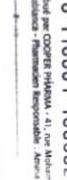
6118001072583

6118001072583



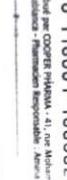
6118001072583

6118001072583



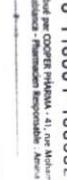
6118001072583

6118001072583



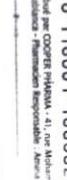
6118001072583

6118001072583



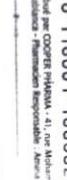
6118001072583

6118001072583



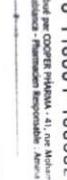
6118001072583

6118001072583



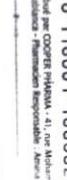
6118001072583

6118001072583



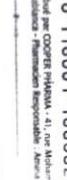
6118001072583

6118001072583



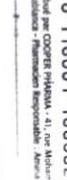
6118001072583

6118001072583



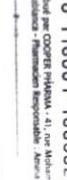
6118001072583

6118001072583



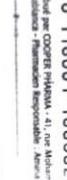
6118001072583

6118001072583



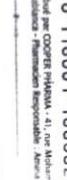
6118001072583

6118001072583



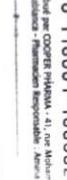
6118001072583

6118001072583



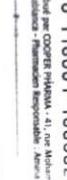
6118001072583

6118001072583



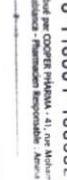
6118001072583

6118001072583



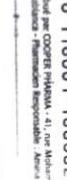
6118001072583

6118001072583



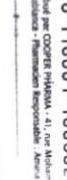
6118001072583

6118001072583



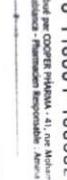
6118001072583

6118001072583



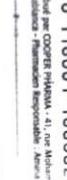
6118001072583

6118001072583



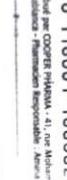
6118001072583

6118001072583



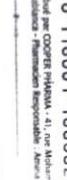
6118001072583

6118001072583



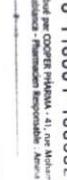
6118001072583

6118001072583



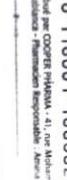
6118001072583

6118001072583



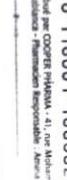
6118001072583

6118001072583



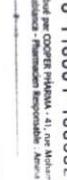
6118001072583

6118001072583



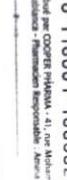
6118001072583

6118001072583



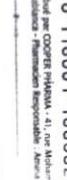
6118001072583

6118001072583



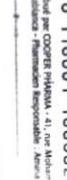
6118001072583

6118001072583



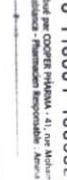
6118001072583

6118001072583



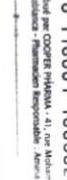
6118001072583

6118001072583



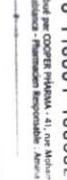
6118001072583

6118001072583



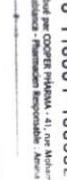
6118001072583

6118001072583



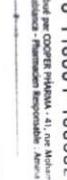
6118001072583

6118001072583



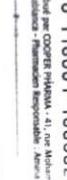
6118001072583

6118001072583



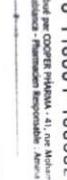
6118001072583

6118001072583



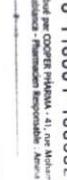
6118001072583

6118001072583



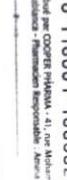
6118001072583

6118001072583



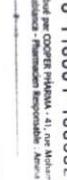
6118001072583

6118001072583



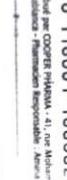
6118001072583

6118001072583



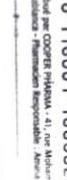
6118001072583

6118001072583



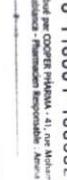
6118001072583

6118001072583



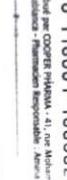
6118001072583

6118001072583



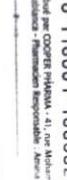
6118001072583

6118001072583



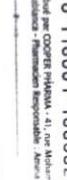
6118001072583

6118001072583



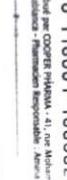
6118001072583

6118001072583



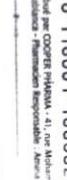
6118001072583

6118001072583



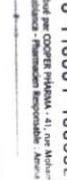
6118001072583

6118001072583



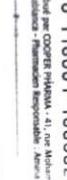
6118001072583

6118001072583



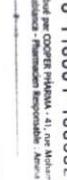
6118001072583

6118001072583



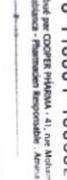
6118001072583

6118001072583



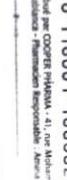
6118001072583

6118001072583



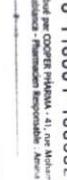
6118001072583

6118001072583



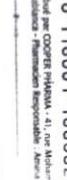
6118001072583

6118001072583



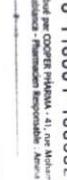
6118001072583

6118001072583



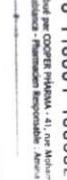
6118001072583

6118001072583



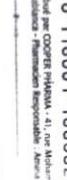
6118001072583

6118001072583



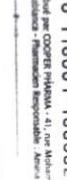
6118001072583

6118001072583



6118001072583

6118001072583



6118001072583

6118001072583

