

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

- 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0050521

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13059

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BANNOUR DORSAF

Date de naissance : 27/08/1981

Adresse : Résidence les champs 2 ADT F9
Nassim Sidi Naam f.

Tél : 0634622820 Total des frais engagés : 1100 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Benhmini Farah Age: 6ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Maladie chronique

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 : Casablanca

Le : 17/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)

ACCUEIL

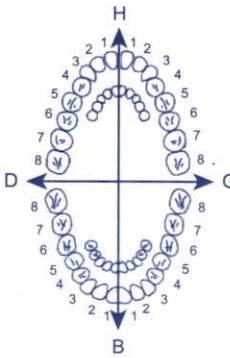
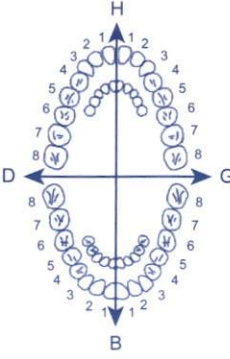
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

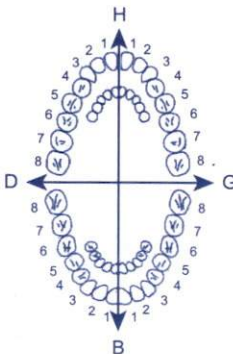
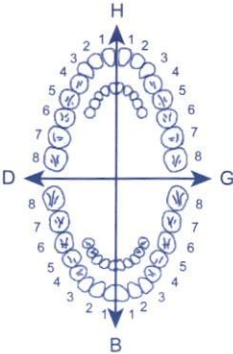
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
					MONTANTS DES SOINS												
					DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS													
				DATE DU DEVIS													
				DATE DE L'EXECUTION													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>D</p> <p>25533412 00000000</p> <hr style="width: 100%;"/> <p>00000000 35533411</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>21433552 00000000</p> <hr style="width: 100%;"/> <p>00000000 11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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.

تعليمات يجب اتباعها

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 وأتمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعااضدية 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 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة 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 طبقا للمساطر القانونية.

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

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعااضدية

Identification de l'agent

Date de dépôt du dossier

تاريخ الإيداع



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Ref ANAM 1.1.01.01
مرجع رقم

N° Bordereau

N° Dossier

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **BENHINI FOUAD**
N° Affiliation : **931 92 3543**
N° Immatriculation : **364464**
N° CIN : **D553285**
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) :
Adresse : **Résidence le champ 2 N° 9**
Imm F, Ennassim Casablanca
Montant des frais (Dhs) : **1100,00**
Nombre de pièces jointes : **8**

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : **BENHINI Fouad**
Nom et prénom :
Date de naissance : **06/07/2016**
N° CIN :
Sexe : **M** ☒ **F** ☐
أنتى ☒ ذكر ☐

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **09 10 24 224**
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 :
تم تقديم الظرف المغلق :
تاريخ الحمل :
التاريخ المرتقب للولادة :
تاريخ الاستشفاء :
تاريخ الحادث :
أسباب الحادث :

أشهر بصحة كل ما ذكر أعلاه.
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.
Fait à : **25/11/2016**
le : **Casablanca**
Signature de l'assuré (e)
Signature de l'assuré (e)

أشهر بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : **Casablanca**
le : **25/11/2016**
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

La vente de cet imprimé est formellement interdite

وصف العمليات المجراة

CIM - 10

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

[illegible]

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

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 خابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
ملحوظة: لا يجوز كتابة العمليات في هذا الجدول					
ملحوظة: لا يجوز كتابة العمليات في هذا الجدول					
ملحوظة: لا يجوز كتابة العمليات في هذا الجدول					

Actes Paramédicaux


عمليات المساعدين الطبيين

[illegible]

Mlle RHAYOUR ALAM
Psychomotricien
Tél : 05 22 49 17 8 / Fax : 05 22 27 70 3



Ce plug-in n'est pas pris en charge

 (/portailapps/www/index.php/assures/auth...
  Mon Dossier
  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

Suivi des demandes

Payées aux PS.

Recherche multi-critère :

N Dossier	Date Paiement	Producteur de soin	Debut - Fin des soins	Bénéficiaire	Montant facturé	Part AMO
77657819	08/02/2023	ANAI	01/10/2022-31/10/2022	FARAH BENHNINI	700,00	700,00
77666830	08/02/2023	ANAI	01/09/2022-30/09/2022	FARAH BENHNINI	700,00	700,00
75211370	03/10/2022	ANAI	01/06/2022-30/06/2022	FARAH BENHNINI	700,00	700,00
74723861	14/09/2022	ANAI	01/05/2022-31/05/2022	FARAH BENHNINI	700,00	700,00
74148145	29/07/2022	ANAI	01/04/2022-30/04/2022	FARAH BENHNINI	700,00	700,00

< 1 2 3 4 5 6 >

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : ▶ Télécharger (<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cnops.app&hl=fr>)

☆☆☆☆☆

Casablanca, le 30 Septembre 2022

Facture : VFA222112

L'enfant : **BENHNINI Farah**

La présente facture couvre la période du 01/09/2022 au 30/09/2022.


Programme :

Psychomotricité	04 Séances	150.00	600,00
Orthophonie	04 Séances	125.00	500,00
Total TTC :			1100,00

Arrêtée la présente facture à la somme de mille cent Dirhams.

NB : Cette enfant bénéficie d'une prise en charge CNOPS à raison de 700.00dhs/mois

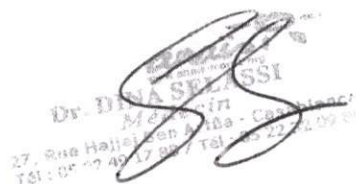
Médecin d'Anaïs



 Mme. NEJJAR BENTHA

 Orthophoniste

 27, rue Hajjaï Ibnou Artâa - Casablanca

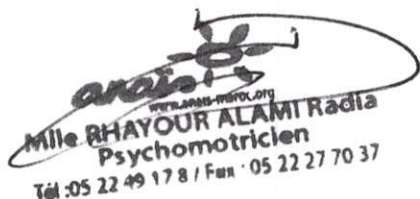


 Dr. DINA SELASSI

 Médecin

 27, rue Hajjaï Ibnou Artâa - Casablanca

 Tél : 05 22 49 17 88 / Fax : 05 22 27 70 37



 Mlle RHAYOUR ALAMI Radia

 Psychomotricien

 Tél : 05 22 49 17 8 / Fax : 05 22 27 70 37

Association reconnue d'utilité publique

27, rue Hajjaï Ibnou Artâa - Casablanca - Maroc - E-mail : anaïs@anaïs-maroc.org

Tél : (212) 5 22 49 17 88 - 05 22 26 67 92 - 05 22 32 09 80 - Fax : (212) 5 22 27 70 37 - 05 22 32 09 79

Identification fiscale : 1006743 ICE : 001799287000052- RIB : 007 780 000 000 3654300171 71 / AWB / Agence Casa Victor Hugo

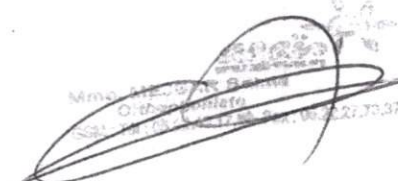
BENHNINI Farah

Facture: VFA222112

Planning des séances orthophonies

4 Séances / Mois du 07/09/2022 au 29/09/2022

Désignation	Nombre de séances	Date des séances
Orthophonie	04	07/09/2022
		19/09/2022
		22/09/2022
		29/09/2022



 Mme. Farah Benhni

 Orthophoniste

 N° 12105 / 2022 - 09/09/2022

Association reconnue d'utilité publique

BENHNINI Farah

Facture: VFA222112

Planning des séances psychomotricité

4 Séances / Mois du 07/09/2022 au 29/09/2022

Désignation	Nombre de séances	Date des séances
Psychomotricité	04	07/09/2022
		19/09/2022
		22/09/2022
		29/09/2022

anais
www.anais-maroc.ma
Mlle RHAYOUR ALAMI Radia
Psychomotricien
Tél : 05 22 49 17 88 / Fax : 05 22 27 70 37

Association reconnue d'utilité publique

Casablanca, le 30/09/2022


CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, **Docteur SELASSI Dina**, médecin de l'Association Anaïs, certifie par la présente que l'enfant **BENHNINI Farah** née le 06/07/2016 est porteuse d'un **handicap mental chronique** qui nécessite une prise en charge spécialisée au long cours au sein de l'Association.

Cette prise en charge comprendra à la fois des séances de rééducation en orthophonie, psychomotricité et un suivi psychologique.

Certificat fait ce jour pour servir et valoir ce que de droit.

Signé : Docteur SELASSI


Dr. DINA SELASSI
Médecin
27, rue Hajjaï Ibnou Artâa - Casablanca
Tél : 05 22 49 17 88 / Tél : 05 22 32 09 80

Association reconnue d'utilité publique

27, rue Hajjaï Ibnou Artâa - Casablanca - Maroc - E-mail : anais@anais-maroc.org

Tél : (212) 5 22 49 17 88 - 05 22 26 67 92 - 05 22 32 09 80 - Fax : (212) 5 22 27 70 37 - 05 22 32 09 79

Identification fiscale : 1006743 ICE : 001799287000052- RIB : 007 780 000 000 3654300171 71 / AWB / Agence Casa Victor Hugo

Date : 30/09/2022

ORDONNANCE

L'enfant : BENHNINI Farah

Diagnostic : Retard Psychomoteur

ORTHOPHONIE

**Durée : 04 séances / mois
Période du 01/09/2022 à 30/09/2022**

Signé :


Mme. WEZAR
Orthophoniste
Tél : 05 22 17 25 37 / Fax : 05 22 21 75 37


Dr. DINA ELASSI
Médecin
27, Rue Hajar Bah - Casablanca
Tél : 05 22 17 25 37 / Fax : 05 22 21 75 37

Date : 30/09/2022

ORDONNANCE

L'enfant : BENHNINI Farah

Diagnostic : Retard Psychomoteur

PSYCHOMOTRICITE

**Durée : 04 séances / mois
Période du 01/09/2022 à 30/09/2022**

Signé :


Mlle RHAYOUR ALAMI Radia
Psychomotricien
Tél : 05 22 49 17 8 / Fax : 05 22 27 70 37


Dr. DINA BELASSI
Médecin
27, Rue Hajar Ben Artab - Casablanca
Tél : 05 22 49 17 82 / Tél : 05 22 22 88 88

CNOPS

Caisse Nationale des Organismes
de Prévoyance Sociale
BP 209
10 AL KHALIL
10000 RABAT

RABAT

ASSOCIATION
ANAI
990999955

17 NOV 2022
Départ

Objet: Prise en Charge IMP
Ref : Dossier n° 76372825 du: 20/09/2022
Immatriculation: 93923543
L'assuré: BENHINI FOUAD
Bénéficiaire: BENHINI FARAH (12)

Madame, Monsieur,

En réponse à la demande citée en référence, nous avons l'honneur de vous faire part de notre accord de prise en charge de l'emplacement en demi internat au sein de votre Institut Médico Pédagogique.

- N° de l'accord: 76372825
- Code Acte : IMP2
- Validité de l'accord: du 01/09/2022 au 30/06/2023
- Nombre de mois : 10,00

Nous vous demandons de bien vouloir procéder au renouvellement de la demande de prise en charge un mois avant l'expiration de sa date de validité.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Tarif mensuel

Part CNOPS : 700 DH
Part Assuré : 100 DH

N.B. Prière de mettre en référence le numéro de prise en charge sus cité pour toute correspondance ultérieure avec la CNOPS