

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

- Reclamation : 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.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVE 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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

(Création, remont, adjonction)

7 Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

| | |
|------------------------------------|--|
| Cachet et signature de la mutuelle | |
| توقيع و طابع التعاقدية | |
| Identification de l'agent : _____ | |
| Date de dépôt du dossier : _____ | |

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل 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 المشتراء وأثمانتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الاختبارية إلى المعايير التي تتضمن إليها في طرف 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 المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الإخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابل للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة 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
Ref ANAM 1.1.01.01
مرجع رقم

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (ها)

الاسم العائلي و الشخصي :

BENHNINI FOUAD

931 92 3563

364464

05532 85

رقم الانحراف :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له

Conjoint زوج Enfant اين

العنوان :

Adresse : Résidence la champs 2 N° 9

Imm F, Emmaus casablanca

مبلغ المصاري (درهم) : 1100,00

عدد الوثائق المرفقة :

Nombre de pièces jointes : 8 تصريح الطبيب المعالج

Déclaration du médecin traitant

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي و الشخصي :

BENHNINI Fouad

06/07/2016

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس :

أنثى F ذكر M

Identification du médecin traitant

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

09/10/24 224

نوع العلاجات

تم تقديم الطرف المفلق : Oui Non

تاريخ الحمل :

التاريخ المرتفق للولادة :

تاريخ الاستشارة :

Date d'hospitalisation :

تاريخ الحادث :

أسباب الحادث :

Pli confidentiel remis : Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Date d'accident :

Causes :

| | | | |
|--|--|---|--|
| أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه. J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant. | | أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه. Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. | |
| Fait à : 25/11/2022 le : Casablanca | | Fait à : CASA le : 27/09/2022 | |
| توقيع المؤمن له (ها) Signature de l'assuré (e) | | توقيع و طابع الطبيب المعالج في المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins | |
| INP : Identification Nationale du patient * Cocher la mention utile pour chaque case | | * إنطب الخاتم على طابع الطبيب المعالج 27, Rue Hassan Ben Ali - Casablanca - 10100 - 0522 322 222 | |

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

description des actes effectués

• صنف العمليات المحركة

جسر الوصلات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المعمدة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

| ناریخ التنفيذ Date d'exécution | الثمن المفوتر Prix facturé | توقيع و ملابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux |
|-----------------------------------|-------------------------------|--|
| | | |
| | | |
| | | |

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

علمات الاحياء، الاشعة و الصدى

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدتين الطبيتين



Ce plug-in n'est pas pris en charge

lock (/portailapps/www/index.php/assures/auth)

Ma situation

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 | ANALIS | 01/10/2022-31/10/2022 | FARAH BENHNINI | 700,00 | 700,00 |
| 77666830 | 08/02/2023 | ANALIS | 01/09/2022-30/09/2022 | FARAH BENHNINI | 700,00 | 700,00 |
| 75211370 | 03/10/2022 | ANALIS | 01/06/2022-30/06/2022 | FARAH BENHNINI | 700,00 | 700,00 |
| 74723861 | 14/09/2022 | ANALIS | 01/05/2022-31/05/2022 | FARAH BENHNINI | 700,00 | 700,00 |
| 74148145 | 29/07/2022 | ANALIS | 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 :

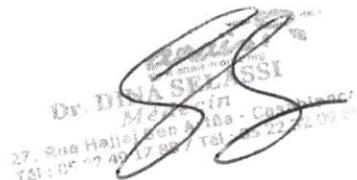
| | | | |
|--------------------|------------|--------|----------------|
| Psychomotricité | 04 Séances | 150.00 | 600,00 |
| Orthophonie | 04 Séances | 125.00 | 500,00 |
| Total TTC : | | | 1100,00 |

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


Dr. DINA SELASSI
Médecin - Casablanca
27, rue Hajjaj Ibnou Artâa - Casablanca
Tél : 05 22 49 17 88 / Fax : 05 22 27 70 37


Dr. DINA SELASSI
Médecin - Casablanca
27, rue Hajjaj Ibnou Artâa - Casablanca
Tél : 05 22 49 17 88 / Fax : 05 22 27 70 37


Mme RAYOUR ALAMI Radia
Psychomotricien
Tél : 05 22 49 17 88 / Fax : 05 22 27 70 37

Association reconnue d'utilité publique

27, rue Hajjaj 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

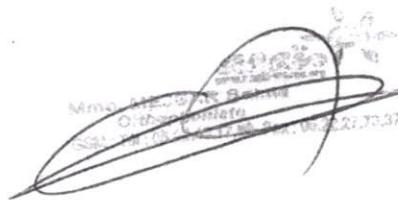
BENHNINI Farah

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 |



Stamp text: Anais Maroc - Casablanca
Orthophonie
SGT - 2022-09-07 09:09:37

Association reconnue d'utilité publique

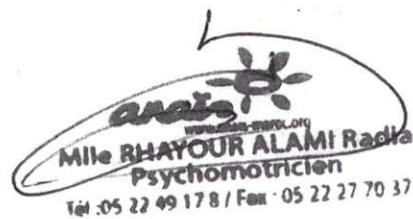
BENHNINI Farah

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 |



Association reconnue d'utilité publique

27, rue Hajjaj Ibnou Artâa - Casablanca - Maroc - E-mail : anais@anais-maroc.ma

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

... 1004742 ICF - 001700007000052 DIP - 007 780 000 225 100020017144 / AADP / A... C... V...

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 SELASSI
Dr. DINA SELASSI
Médecin
27, rue Hajjaj Ibnou Artâa - Casablanca
Tél : 05 22 49 17 88 / Tél : 05 22 27 70 37

Date : 30/09/2022

ORDONNANCE

L'enfant : BENHNINI Farah

Diagnostic : Retard Psychomoteur

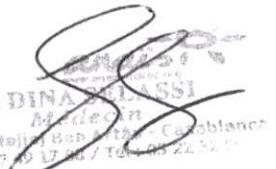
ORTHOPHONIE

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

Signé :



Dr. DINABULASSI
Médecin
27, rue Hajji Ben Youssef - Casablanca
Tél : 05 22 27 17 36 / 06 22 27 37



Dr. DINABULASSI
Médecin
27, rue Hajji Ben Youssef - Casablanca
Tél : 05 22 27 17 36 / 06 22 27 37

Date : 30/09/2022

ORDONNANCE

L'enfant : BENHNINI Farah

Diagnostic : Retard Psychomoteur

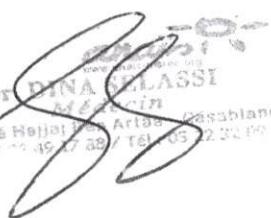
PSYCHOMOTRICITE

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

Signé :



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



Dr DINA BELASSI
Médecin
27, Rue Hajjat El Arbaa - Casablanca
Tél : 05 22 49 17 88 / tél : 05 22 32 16 01

RABAT - 17/09/2022

ASSOCIATION
ANALIS
990999955

Objet: Prise en Charge IMP
Ref : Dossier n°: 76372825 du: 20/09/2022
Immatriculation: 93923543
L'assuré: BENHNINI FOUAD
Sénéficiaire: BENHNINI 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