

# 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° M21- 0050535

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13058 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BANNOUR DORSAF  
Date de naissance : 27/08/1981  
Adresse : Résidence les champs 2 ADT FS  
Nassim Sidi Nourouf Casablanca  
Tél : 0634622820 Total des frais engagés : 1100 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : Benhnini Farah Age : 7ans  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie : Retard psychomoteur  
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 : 20/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

## 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



### RELEVÉ 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

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

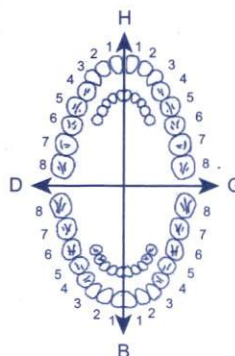
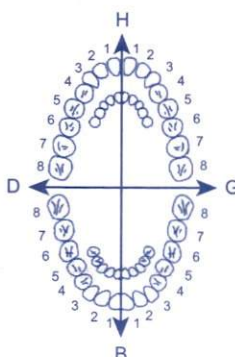
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

#### Important :

Veillez 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 LE DEVIS

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 عن طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأشدها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التماهدية 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 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.

توقيع وطابع التماهدية	Cache et signature de la mutuelle
Identification de l'agent : .....	تاريخ الإيداع : .....
Date de dépôt du dossier : .....	



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
مرجع رقم 1.1.91.01

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **BEHNINI FOUAD** الاسم العائلي و الشخصي :  
N° Affiliation : **364461** رقم الانضام :  
N° Immatriculation : **931923543** رقم التسجيل :  
N° CIN : **D553285** رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : **Conjoint** علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له :  
Adresse : **Résidence la champ 2 ImmF** العنوان :  
Montant des frais (Dhs) : **1100,00 DH** مبلغ المصاريف (درهم) :  
Nombre de pièces jointes : **8** عدد الوثائق المرفقة :  
Déclaration du médecin traitant : **أب** تصريح الطبيب المعالج :  
Bénéficiaire de soins : **BEHNINI Fawad** المستفيد من العلاجات :  
Nom et prénom : **BEHNINI Fawad** الاسم العائلي و الشخصي :  
Date de naissance : **06/07/1916** تاريخ الميلاد :  
N° CIN : **.....** رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
Sexe : **M** الجنس :  
Identification du médecin traitant : **.....** تعريف الطبيب المعالج :  
N° INP : **.....** الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :  
Type de soins : **.....** نوع العلاجات :  
Maladie : **.....** مرض :  
Maternité : **.....** أمومة :  
Hospitalisation : **.....** استشفاء :  
Accident : **.....** حادث :  
Pli confidentiel remis : **Oui** تم تقديم الظرف المغلق :  
Date de grossesse : **.....** تاريخ الحمل :  
Date prévue d'accouchement : **.....** التاريخ المتوقع للولادة :  
Date d'hospitalisation : **.....** تاريخ الاستشفاء :  
Date d'accident : **.....** تاريخ الحادث :  
Causes : **.....** أسباب الحادث :  
أشهر بصحة كل ما ذكر أعلاه :  
Je déclare la sincérité des renseignements portés ci-dessus :  
Fait à : **Casablanca** Fait à : **3/10/2013**  
le : **02/10/2013** le : **3/10/2013**  
Signature de l'assuré(e) : **.....** Cachet et Signature du médecin traitant : **.....**

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع صراحة بيع هذا المطبوع

### وصف العمليات المجراة

CME • 10

جود الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة  
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis


<b>تاريخ التنفيذ</b>	<b>القيمة المقدرة Prix facturé</b>	<b>التوقيع أو ملاحظات الصيدلي أو معون التمريض أو الطبيب Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux</b>

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

[illegible]

عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	مبلغ الفاتورة Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
Mars 2023	Psychomotricité orthophonie			1100000	 <p>EL GARTIL HADJ Psychomotricien Tél : 05 22 40 47 88 - Fax : 05 22 97 70 70</p>





CAISSE NATIONALE DES ORGANISMES  
DE PRÉVOYANCE SOCIALE

Gestionnaire de l'Assurance maladie Obligatoire

Recherche

PRODUCTEURS DE SOINS

ASSURÉS

EMPLOYEURS

CNOPS



Ce plug-in n'est pas pris en charge

Accueil > Application > assure app

[Accueil](#) [Mon Compte](#) [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
79604451	09/08/2023	ANAIS	01/02/2023-28/02/2023	FARAH BENHNINI	700,00	700,00
79104981	09/08/2023	ANAIS	01/01/2023-31/01/2023	FARAH BENHNINI	700,00	700,00
80931179	09/08/2023	ANAIS	01/12/2022-31/12/2022	FARAH BENHNINI	700,00	700,00
80283262	09/08/2023	ANAIS	01/03/2023-31/03/2023	FARAH BENHNINI	700,00	700,00
77942729	28/02/2023	ANAIS	01/11/2022-30/11/2022	FARAH BENHNINI	700,00	700,00

< 1 2 3 4 >

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

☆☆☆☆☆

Casablanca, le 31/03/2023

## CERTIFICAT MEDICAL

anais  
www.anais-maroc.ma

Dr ZEROUALI Asmaa  
Médecin

Je soussigné, ..... 27, Rue Hajjaj Ibnou Artâa - Casablanca ..... , médecin de l'Association Anaïs,

Tel : 05 22 49 17 88 - Tel: 05 22 32 09 80

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.

Signature

anais  
www.anais-maroc.ma  
Dr ZEROUALI Asmaa  
Médecin  
27, Rue Hajjaj Ibnou Artâa - Casablanca  
Tel : 05 22 49 17 88 - Tel: 05 22 32 09 80

Association reconnue d'utilité publique

27, rue Hajjaj Ibnou Artâa - Casablanca - Maroc - E-mail : [anais@anais-maroc.org](mailto: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

Casablanca, le 31 Mars 2023

Facture : VFA230841

L'enfant : **BENHNINI Farah**

La présente facture couvre la période du 01/03/2023 au 31/03/2023.


Programme :

Psychomotricité	04 Séances	150.00	600,00
Orthophonie	04 Séances	125.00	500,00
<b>Total TTC :</b>			<b>1100,00</b>

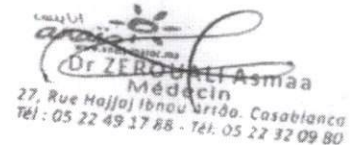
Arrêtée la présente facture à la somme de mille cent Dirhams.

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

Signature


  
 IN PE : 065053225


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


  
 27, Rue Hajjaj Ibnou Artâa, Casablanca
   
 Tél : 05 22 49 17 88 - Tél : 05 22 32 09 80

Association reconnue d'utilité publique

27, rue Hajjaj Ibnou Artâa - Casablanca - Maroc - E-mail : [anaïs@anaïs-maroc.org](mailto: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

Date : 31/03/2023

**ORDONNANCE**

**L'enfant : BENHNINI Farah**

**Diagnostic : Retard Psychomoteur**

**PSYCHOMOTRICITE**

**Durée : 04 séances / mois  
Période du 01/03/2023 à 31/03/2023**

  
Dr. E. GARTI Li Hanane  
Psychomotricien  
Tél : 05 22 49 17 88 - Fax : 05 22 27 70 37

**Signé :**

  
Dr. ZEROUALI Asmaa  
Médecin  
27, Rue Haffaj Ibnou Arttao, Casablanca  
Tél : 05 22 49 17 88 - Tél : 05 22 32 09 80



BENHNINI Farah

Facture: VFA230841

Planning des séances psychomotricités

4 Séances / Mois du 02/03/2023 au 30/03/2023

Désignation	Nombre de séances	Date des séances
Psychomotricité	04	02/03/2023
		09/03/2023
		23/03/2023
		30/03/2023


  
 EL GARTILI Harane
   
 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.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  
 Identification fiscale : 1006743 - ICE : 001799287000052 - RIB : 007 780 000 3654000300171 64 / AWB / Agence Casa Victor Hugo

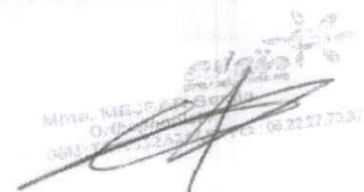
BENHNINI Farah

Facture: VFA230841

Planning des séances orthophonies

4 Séances / Mois du 02/03/2023 au 30/03/2023

Désignation	Nombre de séances	Date des séances
Orthophonie	04	02/03/2023
		09/03/2023
		23/03/2023
		30/03/2023


  
 Mme. MELFAH  
 O.T. 06 22 27 70 37  
 06 22 27 70 37

**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  
 Identification fiscale : 1006743 - ICE : 001799287000052 - RIB : 007 780 000 3654000300171 64 / AWB / Agence Casa Victor Hugo



**CNOPS**

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

RABAT

ASSOCIATION  
ANAI  
990999955

19 NOV 2022  
Dépôt

Objet: Prise en Charge IMP  
Réf: Dossier n° 76372825 du: 20/09/2022  
Immatriculation: 93923543  
L'assuré: BENHINI FOUD  
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