

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13053 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BANNOUR

DORSAF

Date de naissance : 27/08/1981

Adresse : Résidence les champs 2 ART FS

Nassim Sidi Téarouf; Casablanca

Tél. : 06 34 622820 Total des frais engagés : 1100 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Bennhini Farah Age : 24

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 : 15 AOÛT 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Farah



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
2023-01-01	Consultation	1	100.00	
2023-01-02	Prescription	1	50.00	
2023-01-03	Test de dépistage	1	75.00	
2023-01-04	Visite de suivi	1	80.00	
2023-01-05	Prise de sang	1	120.00	

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	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

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 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	نوعية و ملابع التماضية
Identification de l'agent :	
Date de dépôt du dossier :	تاریخ الایدیع

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 المشتركة وأشمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التماضية التي تنتهي 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 التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعمير.

كل من ثبت عليه عش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب بغرامات القانونية.

حق التعمير من طرف الصندوق الرضي لمنظمات الاحتياط الاجتماعي دون 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
مرجع رقم

N° Dossier :
خاص بالمؤمن له (4) :

الإسم العائلي والشخصي :

رقم الاتخاد :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له :

ابن ✓

BENHIVINE FOUAD

364464
931923563
D553285

N° Bordereau :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom :

N° Affiliation :

N° Immatriculation :

N° CIN :

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

Conjoint زوج Enfant ابن ✓

Adresse : Résidence les champs & Imm F

App 9 NASSIM, Casablanca

Montant des frais (Dhs) : 1100,00 Dhs

Nombre de pièces jointes : 8

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : BENHIVINE Fouad

Date de naissance :

06/07/2016

N° CIN :

Sexe :

ذكر M انتي F

Identification du médecin traitant

N° INP

Type de soins

Maladie *

مرض *

Oui

Non

Maternité *

أمومة *

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Hospitalisation *

استشفاء *

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Accident *

حادث *

Causes :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.

لأتفاد على إلقاء المسؤولية على المنشآت التي تخدمها.

Fait à : Casablanca

le : 02/07/2023

توقيع المؤمن له (ابن) :

Signature de l'assuré (e)

INP : Identification Numérotée de l'agent

Cacher la mention utile pour l'agent

أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : Casablanca

le : 27/07/2023

Signature de l'agent (agent de l'assurance)

Cachet et Signature de l'agent de l'assurance

Signature de l'agent de l'assurance

استطلاع

La vente de cet imprimé est formellement interdite.

يمنع تفاصلاً كذا بيع هذا المطبوع

description des actes effectués

صف العملات المحرّاة

جزء الى صفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممولة

صفات التي تم تطبيقها و التجهيزات الطبية المعمول بها

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحماء، الأشعة و التصور

Actes Paramédicaux

الطبخ المعاصر: مطبخ



Ce plug-in n'est pas pris en charge

Accueil > Application > assure app


[/portailapps/www/index.php/assures/auth/Mutuelle](https://portailapps/www/index.php/assures/auth/Mutuelle) [Accès direct](#) [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	ANAS	01/02/2023-28/02/2023	FARAH BENHNINI	700,00	700,00
79104981	09/08/2023	ANAS	01/01/2023-31/01/2023	FARAH BENHNINI	700,00	700,00
80931179	09/08/2023	ANAS	01/12/2022-31/12/2022	FARAH BENHNINI	700,00	700,00
80283262	09/08/2023	ANAS	01/03/2023-31/03/2023	FARAH BENHNINI	700,00	700,00
77942729	28/02/2023	ANAS	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>)



Casablanca, le 31/03/2023

CERTIFICAT MEDICAL



Dr ZEROUALI Asmaa

Médecin

Je soussigné, 27, rue Hajjaj ibnou Artâa, Casablanca , médecin de l'Association Anaïs,
Tél : 05 22 49 17 88 - Tél : 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

Dr ZEROUALI Asmaa
Médecin
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 : 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.

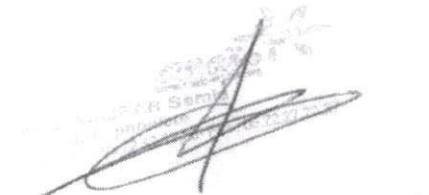
Programme :

Psychomotricité	04 Séances	150.00	600,00
Orthophonie	04 Séances	125.00	500,00
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

Signature


IN PE : 065053225



Association reconnue d'utilité publique

27, rue Hajjaj Ibno Urtâa - 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 : 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

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

Signé :

anais
Dr. ZEROUALI Asma
Médecin
27, Rue Hajjaj Ibnou Arda, 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



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

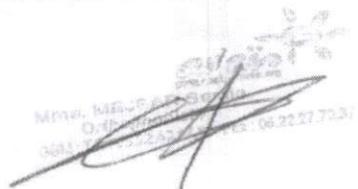
BENHNINI Farah

Facture: VFA230841

Planning des séances orthophonies

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

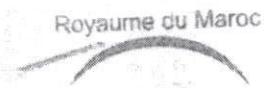
Désignation	Nombre de séances	Date des séances
Orthophonie	04	02/03/2023
		09/03/2023
		23/03/2023
		30/03/2023



Ministère de l'Education Nationale
Orthophonie
02/03/2023 à 30/03/2023
06 22 27 77 31

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 365400030017164 / AWB / Agence Casa Victor Hugo



Royaume du Maroc
CNOPS
Caisse Nationale des Organisations
de Prévoyance Sociale
BP 209
10 AL KHALIL
10000 RABAT

RABAT 10/08/2022

ASSOCIATION
ANNAIS
990999955

DR CASA
DÉPOT

Objet Prise en Charge IMP
Réf Dossier n° 76372825 du: 20/08/2022
Immatriculation: 93923543
L'assuré: BENHNINI FOUAD
Bénéficiaire 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