

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **13053** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BANNOUR

DORSAF

Date de naissance :

27/08/1881

Adresse :

**ALT F3 Résidence les champs 2
Nassim, Sidi Maanouf, Casablanca**

Tél. : **06 34 62 2820** Total des frais engagés : **100** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **Benhennini Farah** Age : **7ans**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Re froid

15 AOÛT 2023

motteur

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 : **11/08/2023**

Signature de l'adhérent(e) :

Choual

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 - RADIGRAPHIES

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 <input type="text"/>
				Montants des soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
				Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montants des soins <input type="text"/>
				Date du devis <input type="text"/>
				Date de l'exécution <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		
	[Création, remont, adjonction] 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

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	Signature et timbre de l'assuré
Identification de l'agent :	
Date de dépôt du dossier :	Signature de l'assuré :

Instructions à suivre

Présentation d'une feuille de soins par personne et par événement.

Il faut présenter la feuille de soins avec 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.



Feuille de soins Maladie

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

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (ها)

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom :

N° Affiliation :

N° Immatriculation :

N° CIN :

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

الإسم العائلي والشخصي :

رقم الانخراط :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له

BENHNINI Farah

364464

931923543

0553285

ابن زوج ابنة

العنوان : Résidence le champ L App 5 Imme F
NASSIM Casablanca

مبلغ المصاري (درهم) : 11000 Dhs

عدد الوثائق المرفقة : 8

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الإسم العائلي والشخصي :

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الازدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس :

BENHNINI Farah

Date de naissance :

N° CIN :

نوع العلاجات

الرقم الوطني الاستدلالي للدعاوى :

الإسم العائلي والشخصي :

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الحمل :

التاريخ المرتقب للولادة :

تاريخ الاستشفاء :

تاريخ الحادث :

أسباب الحادث :

Identification du médecin traitant

N° INP

Type de soins

تم تقديم الفرق المقلق : Oui Non

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

أشهد بصدقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه .

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : 03/03/2021

حرر ب: 03/03/2021

لر: 03/03/2021

نفحة طالب الطبيب

Cachet et Signature du praticien : مهندس بن حماد

27, RUE MELLA, 1000 CASABLANCA, CED 01, 05 22 33 09 80

تسلیط الخاتم

Ref : 05 22 33 09 80

الخاتم

INP : Identification Nationale du Praticien

Cocher la case pour chaque cas

يمنع صناعياً بيع هذا المطبوع

La vente de cet imprimé est formellement interdite

description des actes effectués

صف العمليات المحرأة

جزء الوصلات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المعمونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عملات الاحماء، الأشعة و الصور

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدات الطبية

Casablanca, le 31 Janvier 2023

Facture : VFA230187

L'enfant : **BENHNINI Farah**

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

Programme :

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

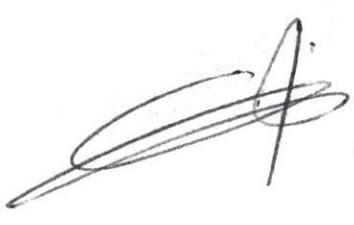
Arrêtée la présente facture à la somme de **mille cent Dirhams**.

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

Médecin d'Anaïs



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



Mme RHAYOUR ALAMI Radia
Psychomotricien
Tél: 05 22 49 17 8 / 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 : 00179928700052- RIB : 007 780 000 000 3654300171 71 / AWB / Agence Casa Victor Hugo

Casablanca, le 31/01/2023

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

Date : 31/01/2023

ORDONNANCE

L'enfant : BENHNINI Farah

Diagnostic : Retard Psychomoteur

ORTHOPHONIE

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

Signé :



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

Date : 31/01/2023

ORDONNANCE

L'enfant : BENHNINI Farah

Diagnostic : Retard Psychomoteur

PSYCHOMOTRICITE

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

Signé :



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



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

BENHNINI Farah

Facture: VFA230187

Planning des séances orthophonies

4 Séances / Mois du 05/01/2023 au 31/01/2023

Désignation	Nombre de séances	Date des séances
Orthophonie	04	05/01/2023
		12/01/2023
		19/01/2023
		31/01/2023



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 : 1004742.1CF - 001700027000052 - DIR : 007 700 000 245 400020017144 / AAD / AANAN C... U...

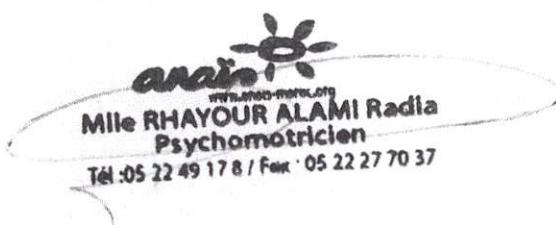
BENHNINI Farah

Facture: VFA230187

Planning des séances psychomotricité

4 Séances / Mois du 05/01/2023 au 31/01/2023

Désignation	Nombre de séances	Date des séances
Psychomotricité	04	05/01/2023
		12/01/2023
		19/01/2023
		31/01/2023



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

RABAT, 19/09/2022

DR CASABLANCA
14 NOV 2022
Départ

ASSOCIATION
ANNAIS
990999955

Objet: Prise en Charge IMP
Ref : Dossier n°: 76372825 du: 20/09/2022
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 : TMP2
- 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 CNOAPS



Ce plug-in n'est pas pris en charge

Accueil > Application > assure app

🔒 (/portailapps/www/index.php/assures/auth) [Accès Internet](#) [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	Début - Fin des soins	Bénéficiaire	Montant facturé	Part AMO
79604451	09/08/2023	ANALIS	01/02/2023-28/02/2023	FARAH BENHNINI	700,00	700,00
79104981	09/08/2023	ANALIS	01/01/2023-31/01/2023	FARAH BENHNINI	700,00	700,00
80931179	09/08/2023	ANALIS	01/12/2022-31/12/2022	FARAH BENHNINI	700,00	700,00
80283262	09/08/2023	ANALIS	01/03/2023-31/03/2023	FARAH BENHNINI	700,00	700,00
77942729	28/02/2023	ANALIS	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>)

★★★★☆