

## 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.



Déclaration de Maladie  
M23-0018746

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13059 Société : RAM 204605  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BANNOUR DORSAF  
Date de naissance : 27/08/1981  
Adresse : APT FG Résidence les champs 2  
Nassim Sidi Jaaouf  
Tél : 0634622820 Total des frais engagés : 100 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : BÉHNIENT Farah Age : 7 ans  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie :  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC M Pathologie :  
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.

Adhèrent(e) : Le : 07/05/2024

### 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

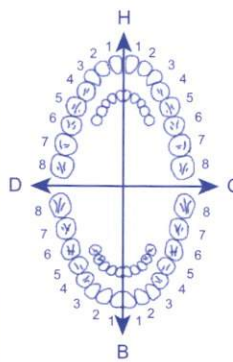
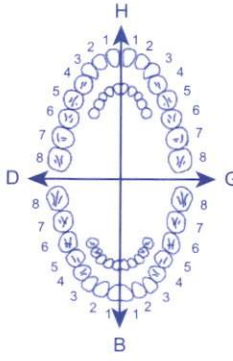
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  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

## 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 C'NOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مريض ولكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق المشروعية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوصات الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للمريض المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة المعلومات الخاصة بالأدوية المشتراة وأسمائها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التعاقدية 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 التعريف 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 طبقاً للمسااطر القانونية.

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



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
N° 110101

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **Farah BENHINI** الاسم العائلي و الشخصي

N° Affiliation : **364464** رقم الانخراط

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 و المؤمن له

العنوان : **Residence La Champs 2 Imm F** العنوان

**App 9, Naxosim casablanca**

Montant des frais (Dhs) : **1100,00 Dhs** مبلغ المصاريف (برهم)

Nombre de pièces jointes : **8** عدد الوثائق المرفقة

Declaración du médecin traitant : **تصريح الطبيب المعالج**

Bénéficiaire de soins : **المستفيد من العلاجات**

Noni et prénom : **BENHINI Farah** الاسم العائلي و الشخصي

Date de naissance : **.....** تاريخ الايداع

N° CIN : **.....** رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe\* : **M** ذكر **F** أنثى الجنس\*

Identification du médecin traitant : **تعريف الطبيب المعالج**

N° NP : **.....** الرقم الوطني الاستدلالي للممارس

Type de soins : **نوع العلاجات**

Maladie\* : **مرض\*** تم تقديم الظرف المغلق\* : **Oui** **Non**

Maternité\* : **أمومة\*** تاريخ الحمل : **.....**

Hospitalisation\* : **استشفاء\*** التاريخ المرتقب للولادة : **.....**

Accident\* : **حادث\*** تاريخ الاستشفاء : **.....**

Causes : **أسباب الحادث : .....**

أسباب الحادث : **.....**

أشهر بصدقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

Fait à : **Casablanca** حارب : **.....**

le : **31/01/2024** في : **.....**

توقيع المؤمن له (لها) : **.....**

Signature de l'assuré (e) : **.....**

NP : Identification Nationale du Praticien

\* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع مطلقاً بيع هذا المطبوع

Cachet et signature de la mutuelle.

توقيع و طابع التعاقدية

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : .....

تاريخ الإيداع : .....



# description des actes effectués

## وصف العمليات المجرىة

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المقتوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
31/01/24		Consultat G			

CIM - 10

## جود الوصفات التي تم تنفيذها و الأجهزة الطبية الممنوعة

## Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	المن المقتوت Prix facturé	أوراق وطابع الصيدلي أو ممنون الأجهزة الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux

## 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 المقتوت Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحياء Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

## Actes Paramédicaux

## عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المقتوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعدين الطبيين Signature et Cachet du Paramédical
Janvier 2024		gynécologie		110000	
		gynécologie			

INPE: 065053225

EL GASTEL - Hénane  
440 17 00 - Fax: 05 22 77 70 37



CASABLANCA, Le 13/11/2023



Etablissement : ANAIS

27 RUE HAJJAJ IBNOU ARTAA  
20000 CASABLANCA

Code Etab. : 990999955

Objet : Prise en Charge IMP

Réf : Dossier n° : **84077249** du : **10/11/2023**

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 : **84077249**

Code Acte : **IMP2**

Validité de l'accord : **du 01/09/2023 au 30/06/2024**

Nombre de mois : **10**

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.

La validité de la présente Exonération du Ticket Modérateur est subordonnée à l'ouverture du droit aux prestations.

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

Tarif mensuel :

Part CNOPS : 700 DH

Part Assuré : 100 DH

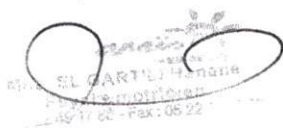
**BENHNINI Farah**

**Facture : VFA240061**

**Planning des séances psychomotricités**

**4 Séances / Mois du 02/01/2024 au 31/01/2024**

Désignation	Nombre de séances	Date des séances
Psychomotricité	04	02/01/2024
		10/01/2024
		17/01/2024
		31/01/2024



**Association reconnue d'utilité publique**

27, rue Hajja 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

Date : 31/01/2024

**ORDONNANCE**

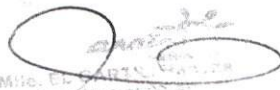
**L'enfant : BENHNINI Farah**


**Diagnostic : Retard Psychomoteur**

**PSYCHOMOTRICITE**

**Durée : 04 séances / mois  
Période du 01/01/2024 à 31/01/2024**

**Signé :**

  
Mlle. EL KARIS  
Psychomotricienne  
022 49 17 83 - Fax: 05 27

  
Dr. ZERHANI Asmaa  
Psychiatre  
022 49 17 83 - Fax: 05 27



**BENHNINI Farah**

**Facture : VFA240061**

**Planning des séances orthophonies**

**4 Séances / Mois du 02/01/2024 au 31/01/2024**

Désignation	Nombre de séances	Date des séances
Orthophonie	04	02/01/2024
		10/01/2024
		17/01/2024
		31/01/2024


  
 Farah Benhnini

**Association reconnue d'utilité publique**

27, rue Hajja 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 : 31/01/2024

**ORDONNANCE**

**L'enfant : BENHNINI Farah**

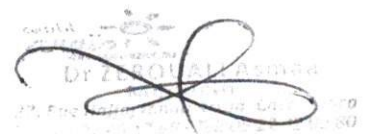
**Diagnostic : Retard Psychomoteur**

**ORTHOPHONIE**

**Durée : 04 séances / mois  
Période du 01/01/2024 à 31/01/2024**

**Signé :**

  
Dr. ZEROUAL Asmaa  
Orthophoniste  
07, 12/2024

  
Dr. ZEROUAL Asmaa  
Orthophoniste  
07, 12/2024

Casablanca, le 31/01/2024

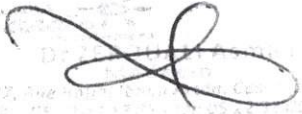
## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, .....  
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  
27, rue Hajja Ibnou Artâa, Casablanca  
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

Association reconnue d'utilité publique

27, rue Hajja 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



Casablanca le, 31 Janvier 2024

Facture : VFA240061

L'enfant : **BENHNINI Farah**

La présente facture couvre la période du 01/01/2024 au 31/01/2024.


Programme :

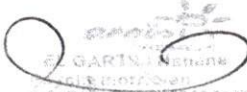
Psychomotricité	04 Séances	150.00	600,00
Orthophonie	04 Séances	125.00	500,00
<b><u>Total TTC :</u></b>			<b>1100,00</b>

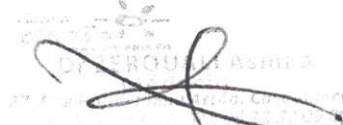
Arrêtée la présente facture à la somme de **mille cent Dirhams**.

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

Signature


  
 INPE: 065053225


  
 Dr. GARTIN


  
 D. FEROUH

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



Ce plug-in n'est pas pris en charge

Accueil > Application > assuree app

(/portailapps/www/index.php/assures/auth/connexion) 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
86048390	08/04/2024	ANAIS	01/01/2024-31/01/2024	FARAH BENHNINI	700,00	700,00
85313783	22/03/2024	ANAIS	01/12/2023-31/12/2023	FARAH BENHNINI	700,00	700,00
84686212	16/02/2024	ANAIS	01/11/2023-30/11/2023	FARAH BENHNINI	700,00	700,00
84680320	16/02/2024	ANAIS	01/09/2023-30/09/2023	FARAH BENHNINI	700,00	700,00
84670213	16/02/2024	ANAIS	01/10/2023-31/10/2023	FARAH BENHNINI	700,00	700,00

< 1 2 3 >

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

☆☆☆☆☆