

# 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.

M23-0018746

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13059

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BANNOUR DORSAF

Date de naissance : 27/08/1981

Adresse : ART EG Résidence les champs 2

Nassim Sidi Jaârouf

Tél. : 0634622820 Total des frais engagés : 1100 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BÉNHENI Farah Age : 7ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC  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.

Le : 07/05/2024

adhérent(e) : abdallanca

Assaf

#### **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**

#### **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.

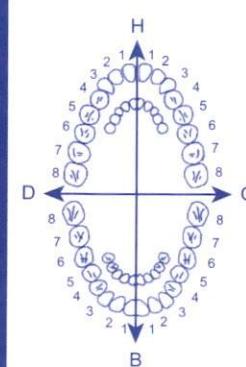
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		Coefficient

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	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

توقيع و طابع التغاضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :

نوع العلاجات

الدواء ورقة العلاجات بالشخصية لكل مرض وكل مرض

يجب إرفاق ورقة العلاجات بموجب الوسائل المعتبرة (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوصات الأشعة والختام)

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

يجب إرفاق ورقة المعلومات الطaximatic بالأدوية المشتركة وأذمنتها بالوصفات المرفقة

يجب تقديم ورقة الملاجات والوثائق الإثباتية إلى التحاصدية التي تتبع 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 العلاج المتصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتغطية.

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 وفقاً باحترام الشروط القانونية وكل ما يسبق ذكره.



N° Bordereau :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom :

Fouad BENHNINI

N° Affiliation :

364664

N° Immatriculation :

931923543

N° CIN :

D 5532 85

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

Conjoint زوج Enfant ابن ✓

Adresse :

Résidence les champs 2 Imm F

App 9, Nazzim case blanche

Montant des frais (Dhs) :

1100,00 Dhs

Nombre de pièces jointes :

8

## Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Non et prénom : BENHNINI Farah

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe\* :

M. ♂ F. ♀

## Identification du médecin traitant

N° INP

Type de soins

Maladie \*

مرض \*

Oui

Non

Maternité \*

أمومة \*

Date de grossesse :

Hospitalisation \*

استشفاء \*

Date d'hospitalisation :

Accident \*

حادث \*

Date d'accident :

Causes :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.  
J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés ci - avant.

Fait à ... Casablanca  
le : 31/01/2024

توقيع المؤمن له (لها)  
Signature de l'assuré (e)

أصرح بصدقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه.  
Je déclare les informations ci-dessous sincères et véritables.

Fait à ... Casablanca  
le : 31/01/2024

توقيع طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

INP : Identification Nationale du Professionnel  
Cochez la mention suivante pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يوضع مفعما كلما بيع هذا المطبوع

## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

## Feuille de soins Maladie

التأمين الإلزامي في المغرب  
Assurance Maladie Obligatoire  
RÉFÉRENCE : 110001  
Numéro

N° Dossier :  
ملخص ينطلق من له (لها)

الاسم العائلي و الشخصي :

رقم الاستراتégique :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له :

العنوان :  
العنوان : Résidence les champs 2 Imm F

Adressse : 5999, Nazzim case blanche

Montant des frais (Dhs) : 1100,00 Dhs

عدد الوثائق المرفقة : 8

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي و الشخصي :

تاريخ الإزياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس\* :

تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

نوع العلاجات

تم تقديم الظرف المغلق \* :

تاريخ الحمل :

التاريخ للرتبة الولادة :

تاريخ الاستشارة :

تاريخ الحادث :

أسباب الحادث :

أشعار الخاتمة

عمليات الاحياء، الاشعة و الصور

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات المساعدات الطبيعية

Actes Paramédicaux

#### description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

جزء الوسائل التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المعمدة

#### Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

Date d'exécution	Prix facturé	Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseur des dispositifs médicaux



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
		02/01/2024
		10/01/2024
Psychomotricité	04	17/01/2024
		31/01/2024

ANNAIS MAROC  
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

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 : 31/01/2024

**ORDONNANCE**

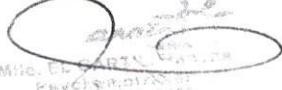
L'enfant : BENHNINI Farah

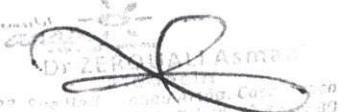
Diagnostic : Retard Psychomoteur

**PSYCHOMOTRICITE**

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

Signé :

  
Mme. DR ZOHAIR ANANE  
Psychomotriciste  
022 49 17 68 - Fax 06 21

  
Dr ZOHAIR ANANE  
Psychomotriciste  
022 49 17 68 - Fax 06 21



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
		02/01/2024
		10/01/2024
Orthophonie	04	17/01/2024
		31/01/2024

*[Handwritten signature]*  
DINA. MEJRAH SIDI  
Orthophoniste  
062 22 27 70 37 - 05 22 32 09 79

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 : 31/01/2024

**ORDONNANCE**

L'enfant : BENHNINI Farah

Diagnostic : Retard Psychomoteur

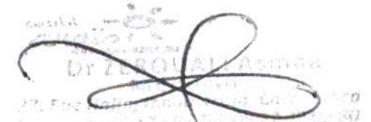
**ORTHOPHONIE**

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

Signé :



Votre signature et Sceau  
Orthophonie  
Dr ZOUHAIR ASMALA  
052 22 17 50 34



Dr ZOUHAIR ASMALA  
052 22 17 50 34



Casablanca, le 31/01/2024

## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, ..... Dr ZERDUALI Asmae ..... , 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.

### Signature

Dr ZERDUALI Asmae  
27, rue Hajjaj Ibnou Artâa - Casablanca - Maroc

### 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



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>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

INPE:065053225

M. GARTIN Isabelle  
Tél: 0522 26 67 92 - Fax: 0522 26 67 99

DIBROUSSI ASHRAF  
Tél: 0522 26 67 88 - Fax: 0522 26 67 99

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



Ce plug-in n'est pas pris en charge

Accueil > Application > assure.app

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

★★★★★