

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR
OBTENIR 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.

Biologie 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.

Prothésaire :

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

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0050366

Maladie Dentaire Optique **70726** Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **13059** Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : **Hamoud Narsaf**
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Date de consultation :/...../.....
Nom et prénom du malade : Age:
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie :
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 : Le :/...../.....
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-050366

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

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

N° W19-532053

CA

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13059 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre
 Nom & Prénom : BANNOUR DORSAF
 Date de naissance : 27-08-1981
 Adresse : Résidence les champs 2 ADT FG
Nassim Sidi Naouf - Casablanca
 Tél. : 0634622820 Total des frais engagés : 1100 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : BENHINI FARAH Age : 4 ans
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : 05/05/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-532053

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

Coupon à conserver par 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

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 PPV et les codes à barres concernant les médicaments achetés doivent être joints aux dossiers de remboursement.

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.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مستفيد ولكل 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 الثمن العمومي للبيع والرمز الاستدلالي للادوية المشتركة بملف التعويض.

يجب تقديم العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاضدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عمل طبي، 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 الغش 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.



ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة
Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

التأمين الوطني للمرضى
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 110200

N° Bordereau : N° Dossier :

المرضى المؤمنون (المرضى) / Patients résidents (المرضى)

Nom et prénom : **BENHANI Fouad** : الاسم العائلي والشخصي
 N° Affiliation : **BELINGI** : رقم الانخراط
 N° Immatriculation : **931923543** : رقم التسجيل
 N° CIN : **L1D553285** : رقم بطاقة التعريف الوطنية
 Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* : Conjoint زوج / Enfant ابن / ابنة
 Adresse : **résidence les champs, imm F App 9 ENNASSIM, Casablanca** : العنوان
 Montant des frais (Dhs) : **1100DH** : مبلغ المصاريف (درهم)
 Nombre de pièces jointes : **6** : عدد الوثائق المرفقة

المرضى المؤمنون (المرضى) / Patients résidents (المرضى)

Bénéficiaire de soins / المستفيد من العلاجات
 Nom et prénom : **BENHANI Fouad** : الاسم العائلي والشخصي
 Date de naissance : **06/07/1976** : تاريخ الإزدياد
 N° CIN : **111111111** : رقم بطاقة التعريف الوطنية
 Sexe* : Masculin ذكر / Féminin أنثى : الجنس

المرضى المؤمنون (المرضى) / Patients résidents (المرضى)

* N° INP : **149/1424224** : الرقم الوطني الاستدلالي للممارس

Type de soins / نوع العلاجات
 Admissio ALD* : oui / non : قبول المرض المزمن
 N° dossier ALD* : **111111111** : رقم ملف المرض المزمن
 Code ALD : **1111** : رقم المرض المزمن
 Soins ambulatoires* * علاجات خارجية / Plu confidentiel remis* : oui / non : تم تقديم الظرف المغلق
 Hospitalisation* * استشفاء / Date d'hospitalisation : **11/11/11** : تاريخ الاستشفاء

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه / I'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.
 Fait à : **Casablanca** : حرر بـ
 Le : **05/09/2011** : في
 توقيع المؤمن له (لها) / Signature de l'assuré(e)
 أشهد بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه / Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
 Fait à : **Casablanca** : حرر بـ
 Le : **05/09/2011** : في
 توقيع وطبيب العلاج أو المؤسسة الصحية / Coché et Signature du Médecin traitant
 من طرف المؤسسة الصحية / de l'Etablissement de soins

- INP : Identification Nationale du Praticien
 - * Cocher la mention utile pour chaque case
 * اشطب الخانة

Secret et signature de la mutuelle / السري والتوقيع للمتأمين
 Identification de l'agent :
 Date de dépôt du dossier : **11/11/11** : تاريخ الإيداع



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
66671550	26/04/2021	ANAIS	01/02/2021-28/02/2021	FARAH BENHNINI	700,00	700,00
66082697	27/03/2021	ANAIS	01/01/2021-31/01/2021	FARAH BENHNINI	700,00	700,00
65559187	01/03/2021	ANAIS	01/12/2020-31/12/2020	FARAH BENHNINI	700,00	700,00
65230342	18/02/2021	ANAIS	01/09/2020-30/09/2020	FARAH BENHNINI	700,00	700,00
65232665	05/02/2021	ANAIS	01/11/2020-30/11/2020	FARAH BENHNINI	700,00	700,00

< 1 2 3 >

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





www.anais-maroc.org

Casablanca, le 27 Février 2021

Facture : **VFA210587**

L'enfant : **BENHNINI Farah**

La présente facture couvre la période du 01/02/2021 au 28/02/2021.

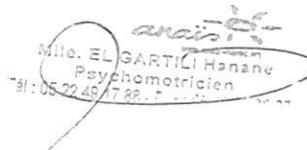
Programme :

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'Anais



Association reconnue d'utilité publique

27, rue Hajar 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 : 27/02/2021

ORDONNANCE

L'enfant : BENHNINI Farah

Diagnostic : Retard Psychomoteur

PSYCHOMOTRICITE

**Durée : 04 séances / mois
Période du 01/02/2021 à 28/02/2021**

Signé :

Mme. EL GARTI Hanan
Psychomotricien
Tél : 05 22 49 71 66 - Fax : 05 22 27 70 27

BENHNINI Farah

Facture : VFA21587

Planning des séances Psychomotricités

4 Séances / Mois du 01/02/2021 au 22/02/2021

Désignation	Nombre de séances	Date des séances
Psychomotricité	04	01/02/2021
		08/02/2021
		15/02/2021
		22/01/2021



 Mlle EL BARTILI Hanane

 Psychomotricien

 Tél : 05 22 49 17 88 - 05 22 26 67 92

Association reconnue d'utilité publique

Date : 27/02/2021

ORDONNANCE

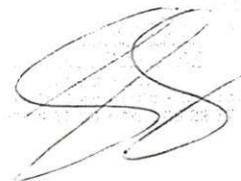
L'enfant : BENHNINI Farah

Diagnostic : Retard Psychomoteur

ORTHOPHONIE

**Durée : 04 séances / mois
Période du 01/02/2021 à 28/02/2021**

Signé :



BENHNINI Farah

Facture : VFA21587

Planning des séances Orthophonies

4 Séances / Mois du 01/02/2021 au 22/02/2021

Désignation	Nombre de séances	Date des séances
Orthophonie	04	01/02/2021
		08/02/2021
		15/02/2021
		22/01/2021



Association reconnue d'utilité publique

anais maroc

Adressé à
BENHNINI Farah
P/C : BENHNINI Farah

Accusé de règlement N° 2100147

Nous avons bien reçu votre règlement et nous vous en remercions.

Veuillez prendre note des échéances auxquelles il se rapporte :

Règlement en date 08/02/2021

Pour un montant de : 400,00

Par : Espèce

Numéro de Chèque :

N° de facture	Date	Date échéance	Montant échéance	Règlement
VFA210587	26/02/21	26/02/21	400,00	400,00



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 - RIB : 007 780 000 000 3654300171 71 / AWB / Agence Casa Victor Hugo