

**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.

**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.

**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° M21- 0050520

80336

☐ Maladie      ☐ Dentaire      ☐ Optique      ☒ Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 13058      Société : RAM  
☒ Actif      ☐ Pensionné(e)      ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BANNOUR DORCAF  
Date de naissance : 27.08.1981  
Adresse : Résidence les champs 2, APTE9  
Nassim, Sioufi Nassouf, Casablanca  
Tél : 0634622820      Total des frais engagés : 1100      Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :  
Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : BÉHNINI FARAH      Age : 5ans  
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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 : 11/08/2021  
Signature de l'adhérent(e) :







### وصف العمليات المجراة

[illegible]

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

[illegible]

## Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

[illegible]

### Actes Paramédicaux

### عمليات المساعدين الطبيين

[illegible]



Casablanca, le 31 Mai 2021

Facture : **VFA211511**

L'enfant : **BENHNINI Farah**

La présente facture couvre la période du 01/05/2021 au 31/05/2021.

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

Médecin d'Anaïs

  
 Mme. EL GANTILI Hanane  
 Psychomotricien  
 Tél : 05 22 49 17 88 - Fax : 05 22 27 70 37

  
 Mme. MEDJAT Samia  
 Orthophoniste  
 Tél : 05 22 49 17 88 - Fax : 05 22 27 70 37

  
 Dr. DINA SEHAMI  
 Médecin  
 27, Rue Hajjaj Ibnou Artâa - Casablanca  
 Tél : 05 22 49 17 88 / Tél : 05 22 27 70 37

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

**BENHNINI Farah**

**Facture : VFA211511**

**Planning des séances psychomotricités**

**4 Séances / Mois du 03/05/2021 au 31/05/2021**

Désignation	Nombre de séances	Date des séances
Psychomotricité	04	03/05/2021
		17/05/2021
		24/05/2021
		31/05/2021


  
 Mlle. EL GARTILLI Hanae
   
 Psychomotricien
   
 Tél : 05 22 49 17 88 - Fax : 05 22 27 70 79

**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

**BENHNINI Farah**

**Facture : VFA211511**

**Planning des séances Orthophonies**

**4 Séances / Mois du 03/05/2021 au 31/05/2021**

Désignation	Nombre de séances	Date des séances
Orthophonie	04	03/05/2021
		17/05/2021
		24/05/2021
		31/05/2021


  
 Mme. MEJBAH Sanae  
 Orthophoniste  
 GSM : 05 22 49 17 88 - Fax : 05 22 27 70 37

**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 - RIR : 007 780 000 265400020017144 / ANAIS / A

Date : 31/05/2021

**ORDONNANCE**

**L'enfant : BENHNINI Farah**

**Diagnostic : Retard Psychomoteur**

**PSYCHOMOTRICITE**

**Durée : 04 séances / mois  
Période du 01/05/2021 à 31/05/2021**

**Signé :**

  
Mlle. EL GARTI El Hanane  
Psychomotricien  
05 22 45 17 88

  
Dr. DINA SELASSI  
27, Rue Hachaj Ben el Moudja - Casablanca  
Tél : 05 22 45 17 88 - Tél : 05 22 45 17 88

Date : 31/05/2021

**ORDONNANCE**

**L'enfant : BENHNINI Farah**

**Diagnostic : Retard Psychomoteur**

**ORTHOPHONIE**

**Durée : 04 séances / mois  
Période du 01/05/2021 à 31/05/2021**

  
Mme. MEHDAÏE Samia  
Orthophoniste  
GSM : 06 22 49 47 88 - Fax : 05 22 27 70 37

**Signé :**

  
Dr. DINA SESSSI  
Médecin  
27, Rue Hajjaï el-Abdoulkhalouk  
Tél : 05 27 49 17 88 - Fax : 05 27 27 70 37





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
68172956	18/06/2021	ANAI	01/05/2021-31/05/2021	FARAH BENHNINI	700,00	700,00
67692647	28/05/2021	ANAI	01/04/2021-30/04/2021	FARAH BENHNINI	700,00	700,00
67181102	10/05/2021	ANAI	01/03/2021-31/03/2021	FARAH BENHNINI	700,00	700,00
66671550	26/04/2021	ANAI	01/02/2021-28/02/2021	FARAH BENHNINI	700,00	700,00
66082697	27/03/2021	ANAI	01/01/2021-31/01/2021	FARAH BENHNINI	700,00	700,00

&lt; 1 2 3 4 &gt;

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

☆☆☆☆☆



Caisses Nationales des Organismes  
de Prévoyance Sociale  
BP 209  
10 AL ENAIL  
10000 NABIT

NABIT, le 15/10/2020

ASSOCIATION  
AMMO  
NABIT

Objet: Prise en charge IMP  
N° : Dossier N° 15398395 - du 05/10/2020  
Immatrication: 93923543  
L'ASSUREUR: BENHINI FAKH  
BENHINI FAKH

Monsieur,

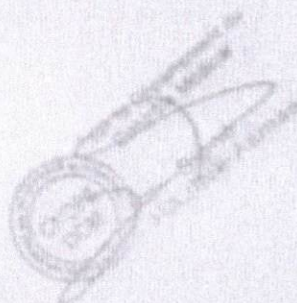
Je vous remercie pour la demande citée en référence. Les documents que vous m'avez fait parvenir ont été pris en compte et l'assurance en soins Internat au sein de votre établissement médico-technique.

- N° de l'accord: 15398395
- Date de l'accord: 15/10/2020
- Validité de l'accord: du 15/10/2020 au 30/09/2021
- Montant de l'accord: 10,00

Je vous prie de bien vouloir procéder au versement de la somme de 10,00 avant l'expiration de la date de validité de l'accord.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'assurance de ma haute considération.

Signature: FAKH FAKH  
NABIT



N.B. Prière de bien vouloir verser la somme de 10,00 avant l'expiration de la date de validité de l'accord.

CNOPS 10 AL ENAIL 10000 NABIT  
NABIT