

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

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

Instructions à suivre

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل 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 ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتركة وأثمانتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الشباتية إلى التفاصيل التي تتضمن إليها في طرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما مدة في حالة العلاج المستمر. في هذه الحال، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الآثار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتغطية.

كل من ثبت عليه غش أو تصریح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة. سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

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

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de soins Maladie

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

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي و الشخصي : BENHNINI FUWAD

رقم الانحراف :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له

N° CIN :

364464

931923543

D553285

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

Conjoint زوج Enfant ابن ✓

Adresse : Résidence le champ N = 09

Imm F Errarroum Casablanca

Montant des frais (Dhs) : 1100,00

Nombre de pièces jointes : 8

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : BENHNINI Farah

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe : ♂ ذكر ✓

Identification du médecin traitant

N° INP : 091024224

Type de soins

Maladie	✓ مرض	Pli confidentiel remis : Oui Non
Maternité	✓ أخوة	Date de grossesse :
Hospitalisation	✓ استشفاء	Date prévue d'accouchement :
Accident	✓ حادث	Date d'hospitalisation :
		Date d'accident :
		Causes :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.
Fait à : Casablanca حرب
le : 31/12/2016 في
توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et vérifiables.
Fait à : Casablanca حرب
le : 30/11/2016 في
توقيع و طلاق الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

INP : Identification Nationale de l'Assuré
* Cocher la mention juste pour chaque case

أصحاب الخاتم
Rue Hassan Ben Attia Casablanca
27

يمنع منعاً كلياً بيع هذا الطابع

La vente de cet imprimé est formellement interdite

description des actes effectués

وصف العملات المجردة

جريدة الوصقات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الموزعة
tées et dispositifs médicaux fournis

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

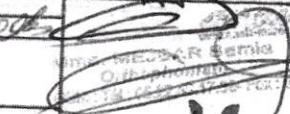
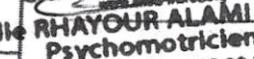
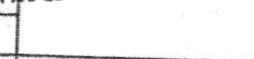
CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عملات الاحياء، الاشعة و الصور

Actes Paramédicaux

الطباطبائين المساعدات عمليات

التاريخ المدليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل المدليات Lettre clé + Cotation NCAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المدلى Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
November 2022	Psychomotricité générale			10000	 Dr. RHYOUR ALAMI Orthophoniste Tél. 05 22 49 17 88 - Fax : 05 22 27 70 37
					 Dr. RHYOUR ALAMI Orthophoniste Tél. 05 22 49 17 88 - Fax : 05 22 27 70 37
					 Dr. RHYOUR ALAMI Orthophoniste Tél. 05 22 49 17 88 - Fax : 05 22 27 70 37
					 Dr. RHYOUR ALAMI Orthophoniste Tél. 05 22 49 17 88 - Fax : 05 22 27 70 37
					 Dr. RHYOUR ALAMI Orthophoniste Tél. 05 22 49 17 88 - Fax : 05 22 27 70 37
					 Dr. RHYOUR ALAMI Orthophoniste Tél. 05 22 49 17 88 - Fax : 05 22 27 70 37

BENHNINI Farah

Facture: VFA222736

Planning des séances psychomotricités

4 Séances / Mois du 03/11/2022 au 30/11/2022

Désignation	Nombre de séances	Date des séances
Psychomotricité	04	03/11/2022
		10/11/2022
		17/11/2022
		30/11/2022



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



Casablanca, le 30/11/2022

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, **Docteur SELASSI Dina**, 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.

Signé : Docteur SELASSI

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



Casablanca, le 30 Novembre 2022

Facture : VFA222736

L'enfant : BENHNINI Farah

La présente facture couvre la période du 01/11/2022 au 30/11/2022.

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

(Signature)
Néma - Médecin d'Anais
Orthophoniste
Tél : 05 22 26 17 88 - Fax : 05 22 27 70 37

(Signature)
Dr. TINA SELASSI
orthophoniste
27, Rue Hajjaj Ibnou Artâa - Casablanca
Tél : 05 22 49 17 88 / Tel : 05 22 22 00 00

(Signature)
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 : 001799287000052 - RIB : 007 780 000 000 3654300171 71 / AWB / Agence Casa Victor Hugo

Date : 30/11/2022

ORDONNANCE

L'enfant : BENHNINI Farah

Diagnostic : Retard Psychomoteur

PSYCHOMOTRICITE

Durée : 04 séances / mois
Période du 01/11/2022 à 30/11/2022

Signé :



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



Dr. DINA SELASSI
Médecin
27, Rue Hajjaj Ben YOUSSEF - Casablanca
Tél: 05 22 49 17 88 / Fax: 05 22 32 69

Date : 30/11/2022

ORDONNANCE

L'enfant : BENHNINI Farah

Diagnostic : Retard Psychomoteur

ORTHOPHONIE

Durée : 04 séances / mois
Période du 01/11/2022 à 30/11/2022

Signé :

Mme. MEIGAR SIDI
Orthophoniste
Tél : 05 22 72 42 17 - Fax : 05 22 72 70 31

Dr. DINA SELASSI
Orthophoniste
27, Rue Hassan Ben Attia - Casablanca
Tél : 05 22 49 17 88 / 05 22 49 17 89

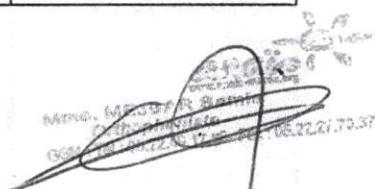
BENHNINI Farah

Facture: VFA222736

Planning des séances orthophonies

4 Séances / Mois du 03/11/2022 au 30/11/2022

Désignation	Nombre de séances	Date des séances
Orthophonie	04	03/11/2022
		10/11/2022
		17/11/2022
		30/11/2022



Mme. M'hamed Benmimoun
Orthophoniste
Général 122, Casablanca - Tél. 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 : 1004743 - ICF : 001700297000052 - DIR : 007 780 000 245400020017144 / AAD / Anais Maroc

RABAT, 17 Septembre 2022

ASSOCIATION
ANAIIS
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 : IMP2
- 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 CNOPS



Ce plug-in n'est pas pris en charge

Accueil > Application > assure.app

 (/portailapps/www/index.php/assures/auth)  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
77942729	28/02/2023	ANALIS	01/11/2022-30/11/2022	FARAH BENHNINI	700,00	700,00
77657819	08/02/2023	ANALIS	01/10/2022-31/10/2022	FARAH BENHNINI	700,00	700,00
77666830	08/02/2023	ANALIS	01/09/2022-30/09/2022	FARAH BENHNINI	700,00	700,00
75211370	03/10/2022	ANALIS	01/06/2022-30/06/2022	FARAH BENHNINI	700,00	700,00
74723861	14/09/2022	ANALIS	01/05/2022-31/05/2022	FARAH BENHNINI	700,00	700,00

<  2 3 4 5 6 7 >

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

★★★★★