

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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.

**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- 0060578

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13059

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BANNOUR DORCAF

Date de naissance : 27/08/1981

Adresse : Résidence les champs 2 ADTFS, Nasser, Sidi Naouf Casablanca

Tél. : 06 34 62 28 20

Total des frais engagés : 1100

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Benhmini Farah

Age : 6 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 : 07/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض 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 ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية  
المشتراة وأشمتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الالاثباتية إلى  
التعاضدية التي تتحملون 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 للمساطر 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  
Ref ANAM 1.1.01.01 جميع رقم

N° Dossier : .....

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **BENHINI FOUAD** 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)\* \*علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له

Conjoint زوج Enfant ابن  
Adresse: Residence le champ N=09 العنوان

Montant des frais (Dhs) : 1190,00 : مبلغ المصاريف (درهم)

عدد الوثائق المرفقة : 8  
Nombre de pièces jointes :

### Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : SENANQUE Farah الاسم العائلي و الشخصي :

Date de naissance : تاريخ الازدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :  N° CIN :

الجنس<sup>٥</sup>: M ذكر F ☒ أنثى

Identification du médecin traitant

### تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : 091024224

Type de soins نوع العلاجات

Maladie : ☒ \*مرض | Plu confidentiel remis\* : Oui Non : \*تم تقديم الطرف المغلق\*

Date de grossesse : \_\_\_\_\_ تاريخ الحمل :

Maternité : امومة Date prévue d'accouchement : التاريخ المرتقب للولادة :

Date d'hospitalisation : تاريخ الاستشفاء :

Date d'accident : تاريخ الحادث :

Accident \* | Causes : سبب الحادث :

أصبح بمصادقية و صحة المعلومات المذكورة ، أعلام	أشهر وصحة كالمأذون أعلام
--	--------------------------

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant. Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritable

Part a: 34.11.2012

نوعه و طابع الطبيب المعالج والمؤسسة الصحية

Signature de l'assuré (e) \_\_\_\_\_

NP - Identification Nationale de l'Etat

27, Rue Hallel Ben Arba, Casablanca

La vente de cet imprimé est formellement interdite.



### وصف العتليات المجرة

[illegible]

CIM-10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة  
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

[illegible]

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

**Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie**

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

[illegible]

## Actes Paramédicaux

### عمليات المساعدين الطبيين

[illegible]

**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

  
**Mlle RHAYOUR ALAMI Radia**  
 Psychomotricien  
 Tél : 05 22 49 17 8 / Fax : 05 22 27 70 37

**Association reconnue d'utilité publique**

27, rue Hajjaï 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  
27, Rue Hajjaï Ben Artâa - Casablanca  
Tél : 05 22 49 17 88 / Tél : 05 22 32 09 79

Association reconnue d'utilité publique

27, rue Hajjaï 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 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
<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. HAYOUR ALAMI
   
 Orthophoniste
   
 Tél : 05 22 49 17 88 - Fax : 05 22 27 70 37


  
 Dr. DINA SEISSI
   
 27, Rue Hajjaï Ben Artâa - Casablanca
   
 Tél : 05 22 49 17 88 / Fax : 05 22 27 70 37


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

Association reconnue d'utilité publique

27, rue Hajjaï 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 : 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 :**

  
Mlle RHAYOUR ALAMI-Radia  
Psychomotricien  
Tél : 05 22 49 17 8 / Fax : 05 22 27 70 37

  
Dr. DINA SELASSI  
Médecin  
27, Rue Hajar Ben Artâa - Casablanca  
Tél : 05 22 49 17 88 / Fax : 05 22 32 60 00

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 :**

  
Dr. MEJDA EL GHANNI  
Orthophoniste  
Tél: 05 22 42 17 88 - Fax: 05 22 42 17 87

  
Dr. DINA BELASSI  
Orthophoniste  
27, Rue Hachem Ben Ali - Casablanca  
Tél: 05 22 49 17 88 - Fax: 05 22 49 17 87



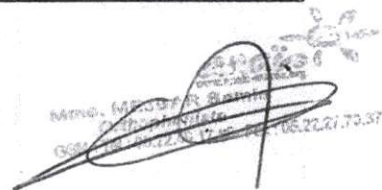
**BENHNINI Farah**

**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


  
 N° d'identification fiscale : 1006743 - ICF : 001709297000052 - DIB : 007 790 000 3654000300171 44 / AWR / Adresse Casablanca

**Association reconnue d'utilité publique**

**CNOPS**

Caisse Nationale des Organismes  
de Prévoyance Sociale  
BP 209  
10 AL KHALIL  
10000 RABAT

RABAT 17/09/2022

ASSOCIATION  
ANAI  
990999955

DR CASABLANCA  
REC Chiffres  
17 NOV 2022  
Départ

Objet : Prise en Charge IMP  
Ref : Dossier n° 76372825 du 20/09/2022  
Immatriculation: 93923543  
L'assuré: BENHINI FOUAD  
Bénéficiaire BENHINI 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 cite 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/authentification)

Ma Situation

Remboursements

Prises en charge

Immatriculation

Menu

ROYAUME DU MAROC

CNOPS

La solidarité s'est bien pour la santé

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
77942729	28/02/2023	ANAIS	01/11/2022-30/11/2022	FARAH BENHNINI	700,00	700,00
77657819	08/02/2023	ANAIS	01/10/2022-31/10/2022	FARAH BENHNINI	700,00	700,00
77666830	08/02/2023	ANAIS	01/09/2022-30/09/2022	FARAH BENHNINI	700,00	700,00
75211370	03/10/2022	ANAIS	01/06/2022-30/06/2022	FARAH BENHNINI	700,00	700,00
74723861	14/09/2022	ANAIS	01/05/2022-31/05/2022	FARAH BENHNINI	700,00	700,00

< 1 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>)

☆☆☆☆☆