

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 canalaire, 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 canalaire.

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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13059

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BANNOUR

DORSAF

Date de naissance :

27/08/1981

Adresse :

Résidence des champs 2 ART FG

Nasim , Sidi Jaârouf , Casablanca

Tél. : 06.34.62.28.20 Total des frais engagés : 1.100 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Benhni Farah

Age : 7ans

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

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 : 25/08/2023

Signature de l'adhérent(e) : Farah



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 un 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 التغطية |
| Identification de l'agent : | |
| Date de dépôt du dossier : | |
| Signature : | |

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طيبة، 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 المشتراء وأثمنتها بالوصلات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الثانوية إلى التغطية التي تتضمن إليها في طرف شهرين 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 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 لمساطر القانونية.

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



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

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

N° Bordereau : N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (ها) :
الإسم العائلي والشخصي :
رقم الانحراف :
رقم التسجيل :
رقم بطاقة التعريف الوطنية :
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : BENHANTI Sarah
N° Affiliation : 364466
N° Immatriculation : 931923543
N° CIN : D55328T

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : ابن ✓
Conjoint زوج Enfant Enfant العنوان : Résidence la champa 2 Imm F
..... App 9 MASSIM, Casablanca

Montant des frais (Dhs) : 1100,00 DA
عدد الوثائق المرفقة : 8

Nombre de pièces jointes :
Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins : BENHANTI Sarah
Nom et prénom :
Date de naissance :
N° CIN :
Sexe* : M ذكر F أنثى

Identification du médecin traitant
الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :
نوع العلاجات

N° INP
Type de soins
Maladie * مرض ✓
Maternité * أمومة *
Hospitalisation * استشفاء *
Accident * حادث *

Pli confidentiel remis* : Oui Non
Tariхe du jugement :
Tariхe du rattachement à l'assuré :
Tariхe prévue d'accouchement :
Tariхe d'admission :
Tariхe de l'accident :
Causes :
Tariхe de l'accident :
Causes :
أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et vérifiables.

Fait à : Casablanca
le : 27/07/2023
توقيع المؤمن له (ها)
Signature de l'assuré (e)
Fait à : Casablanca
le : 27/07/2023
توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

· INP : Identification Nationale du Patient
* Cocher la mention utile pour chaque cas

انتظر الخاتمة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمضي مفعلاً كلما بيع هذا المطبوع

description des actes effectués

صفحة العدليات المعاقة

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المزودة
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

علمات الاختباء، الأشعة و الصور

Actes Paramédicaux

عملات المساعد من الطيبين


**CAISSE NATIONALE DES ORGANISMES
DE PRÉVOYANCE SOCIALE**

Gestionnaire de l'Assurance maladie Obligatoire

Recherche

PRODUCTEURS DE SOINS

ASSURÉS

EMPLOYEURS

CNOPS



Ce plug-in n'est pas pris en charge

Accueil > Application > assure app

[/portailapps/www/index.php/assures/auth/AuthConnect.php](#)

[Accès direct](#) [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 | Debut - Fin des soins | Bénéficiaire | Montant facturé | Part AMO |
|-----------|---------------|--------------------|-----------------------|----------------|-----------------|----------|
| 81397185 | 16/08/2023 | ANALIS | 01/05/2023-31/05/2023 | FARAH BENHNINI | 700,00 | 700,00 |
| 79604451 | 09/08/2023 | ANALIS | 01/02/2023-28/02/2023 | FARAH BENHNINI | 700,00 | 700,00 |
| 79104981 | 09/08/2023 | ANALIS | 01/01/2023-31/01/2023 | FARAH BENHNINI | 700,00 | 700,00 |
| 80931179 | 09/08/2023 | ANALIS | 01/12/2022-31/12/2022 | FARAH BENHNINI | 700,00 | 700,00 |
| 80283262 | 09/08/2023 | ANALIS | 01/03/2023-31/03/2023 | FARAH BENHNINI | 700,00 | 700,00 |

< 1 2 3 4 >

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

BENHNINI Farah

Facture: VFA231324

Planning des séances orthophonies

4 Séances / Mois du 08/05/2023 au 31/05/2023

| Désignation | Nombre de séances | Date des séances |
|-------------|-------------------|------------------|
| Orthophonie | 04 | 08/05/2023 |
| | | 15/05/2023 |
| | | 22/05/2023 |
| | | 31/05/2023 |

~~65000~~

Association reconnue d'utilité publique



Adressé à
BENHNINI Farah
P/C /BENHNINI Farah

Accusé de règlement RG N° 2300705

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

Veuillez prendre note des échéances auxquelles il se rapporte :

Règlement en date du 06/06/2023 Pour un montant de : 400,00

Par :Espéce Numéro de Chèque :

| N° de facture | Date | Date échéance | Montant échéance | Règlement |
|---------------|------------|---------------|------------------|-----------|
| VFA231324 | 31/05/2023 | 31/05/2023 | 400,00 | 400,00 |

[Handwritten signature]
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

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



www.anais-maroc.ma

Casablanca, le 31 Mai 2023

Facture : VFA231324

L'enfant : BENHNINI Farah

La présente facture couvre la période du 01/05/2023 au 31/05/2023.

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

Signature

INPE: 065053225

Dr ZERDANI Asmaa
Casablanca
27, Rue Hajjaj Ibnou Artâa - Casablanca
Tel: +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



www.anaismaroc.ma

Casablanca, le 31/05/2023

CERTIFICAT MEDICAL

anais
www.anaismaroc.ma
Dr ZEROUALI Asmaa
Médecin
27, rue Hajjaj Ibnou Artâa - Casablanca - Maroc - 20100
Tél : (212) 5 22 49 17 88 - Tel. 05 22 26 67 92 - 05 22 32 09 80

Je soussigné, , 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 ZEROUALI Asmaa
27, Rue Hajjaj Ibnou Artâa - Casablanca - Maroc - 20100
Tél : (212) 5 22 49 17 88 - Tel. 05 22 26 67 92 - 05 22 32 09 80

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