

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.



Déclaration de Maladie

M23-0018749

☐ 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 d'ART FS
Nassim.
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 : Benhuni Farah Age : 7 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Retard psychomoteur
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : 26/09/2023
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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.

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 وأثبتتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعااضدية التي تنتمون 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 التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمسطور القانوني.

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 مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **BENHINI FOUAD** : الإسم العائلي والشخصي
N° Affiliation : **364 464** : رقم الانخراط
N° Immatriculation : **931923543** : رقم التسجيل
N° CIN : **D553285** : رقم بطاقة التعريف الوطنية
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* : **Conjoint** : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له
Adresse : **Residence le champ 2 Imm F Ag 9 NASSIM Casa Blanca** : العنوان
Montant des frais (Dhs) : **1100,00 Dht** : مبلغ المصاريف (درهم)
Nombre de pièces jointes : **8** : عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : **BENHINI Farah** : المستفيد من العلاجات
Nom et prénom : **BENHINI Farah** : الاسم العائلي والشخصي
Date de naissance : **1985** : تاريخ الازدياد
N° CIN : **1985** : رقم بطاقة التعريف الوطنية
Sexe* : **M** : الجنس : ذكر

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **1985** : الرقم الوطني الاستدلالي للممارس
Type de soins : **Maladie** : نوع العلاجات
Plu confidentiel remis* : **Oui** : تم تقديم الظرف المغلق :
Date de grossesse : **1985** : تاريخ الحمل
Date prévue d'accouchement : **1985** : التاريخ المرتقب للولادة
Date d'hospitalisation : **1985** : تاريخ الاستشفاء
Date d'accident : **1985** : تاريخ الحادث
Causes : **1985** : أسباب الحادث

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
Fait à : **Casa Blanca** : حور ب
le : **03/08/2023** : غنى
توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré(e)
أصريح بصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : **Casa Blanca** : حور ب
le : **03/08/2023** : غنى
توقيع الطبيب المعالج أو نائبه
Signature du médecin traitant ou de l'établissement de soins

127 - Identification Nationale du Médicin
* Ce bouchon est utile pour attester la vente de cet imprimé est formellement interdite
يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

Cachet et signature de la mutuelle	توقيع وطابع التعااضدية
<p>Identification de l'agent :</p> <p>Date de dépôt du dossier :</p>	

وصف العمليات المجراة

[illegible]

CIM - 10

جدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الموفرة

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

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحصائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المحسوف Montant facturé	

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

[illegible]



Ce plug-in n'est pas pris en charge

Accueil > Application > assure.app

(/portailapps/www/index.php/assures/auth/deconnecter)

Ma Situation

Remboursements

Prises en charge

Immatriculation

Menu

ROYAUME DU MAROC

CNOPS

La solidarité n'est pas 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
81879719	18/09/2023	ANAI	01/06/2023-30/06/2023	FARAH BENHNINI	700,00	700,00
81397185	16/08/2023	ANAI	01/05/2023-31/05/2023	FARAH BENHNINI	700,00	700,00
80931179	09/08/2023	ANAI	01/12/2022-31/12/2022	FARAH BENHNINI	700,00	700,00
80283262	09/08/2023	ANAI	01/03/2023-31/03/2023	FARAH BENHNINI	700,00	700,00
79604451	09/08/2023	ANAI	01/02/2023-28/02/2023	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)

☆☆☆☆☆

Casablanca, le 27 Juin 2023

Facture : VFA231859

L'enfant : BENHNINI Farah

La présente facture couvre la période du 01/06/2023 au 30/06/2023.

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

anais
www.anais-maroc.ma
Dr ZEROUALI Asmaa
Médecin
27, Rue Hajjaj Ibnou Artâa - Casablanca
Tél : 05 22 49 17 88 - Tél: 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

CNOPS

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

RABAT

ASSOCIATION
ANAS
990999955

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