

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.



Déclaration de Maladie

M23-0018742

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13059 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Bannour Doraf 196217
Date de naissance : 27/08/1981
Adresse : Résidence les champs 2 ART FS
Nassim
Tél : 0634622820 Total des frais engagés : 2200 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : Benkhini Farah Age: 7ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie :
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 : 21/02/2024 Casablanca Le : 21/02/2024
Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Instructions à suivre

Établir 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 ou de laboratoire).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens ou infirmiers sur chaque feuille de soins.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments schémas 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.

Informations à fournir

Préciser l'origine de la maladie et les soins reçus.

Préciser l'origine de la maladie et les soins reçus.

Préciser l'origine de la maladie et les soins reçus.

Préciser l'origine de la maladie et les soins reçus.

Préciser l'origine de la maladie et les soins reçus.

Préciser l'origine de la maladie et les soins reçus.

Préciser l'origine de la maladie et les soins reçus.

Préciser l'origine de la maladie et les soins reçus.

Préciser l'origine de la maladie et les soins reçus.

Cachet et signature de la mutuelle	توقيع وطابع التعاضدية
Identification de l'agent :	
Date de dépôt du dossier :	تاريخ الإيداع :



Feuille de soins Maladie

Nom et prénom : Fouad BENHINI		Date de naissance : 36/06/66	
N° Affiliation : 364466		N° de la carte : 364466	
N° de la carte : 364466		N° de la carte : 364466	
N° CIN : D553285		N° CIN : D553285	
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : Conjoint		Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : Conjoint	
Adresse : Residence le champ 2 Imm F		Adresse : Residence le champ 2 Imm F	
Montant des frais (Dhs) : 2100 D14		Montant des frais (Dhs) : 2100 D14	
Nombre de pièces jointes : 8		Nombre de pièces jointes : 8	
Déclaration du médecin traitant		Déclaration du médecin traitant	
Bénéficiaire de soins		Bénéficiaire de soins	
Nom et prénom : BENHINI Farah		Nom et prénom : BENHINI Farah	
Date de naissance :		Date de naissance :	
N° CIN :		N° CIN :	
Sexe : M		Sexe : M	
Identification du médecin traitant		Identification du médecin traitant	
N° INP :		N° INP :	
Type de soins		Type de soins	
Maladie : ✓		Maladie : ✓	
Maternité : ✓		Maternité : ✓	
Hospitalisation : ✓		Hospitalisation : ✓	
Accident : ✓		Accident : ✓	
Plu confidentiel remis : Oui		Plu confidentiel remis : Oui	
Date de grossesse :		Date de grossesse :	
Date prévue d'accouchement :		Date prévue d'accouchement :	
Date d'hospitalisation :		Date d'hospitalisation :	
Date d'accident :		Date d'accident :	
Causes :		Causes :	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.		Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.	
Fait à : 36/10/2013		Fait à : 36/10/2013	
Le : 36/10/2013		Le : 36/10/2013	
Signature de l'assuré(e) :		Signature de l'assuré(e) :	
Signature du médecin traitant ou de l'établissement de soins :		Signature du médecin traitant ou de l'établissement de soins :	

La vente de cet imprimé est formellement interdite.

Imprimé par le Service National de Santé

وصف العمليات المجراة

[illegible]

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممنوعة

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]



Ce plug-in n'est pas pris en charge

Accueil > Application > assuree.app

(/portailapps/www/index.php/assures/auth/verification)
 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
84686212	16/02/2024	ANAIS	01/11/2023-30/11/2023	FARAH BENHNINI	700,00	700,00
84670213	16/02/2024	ANAIS	01/10/2023-31/10/2023	FARAH BENHNINI	700,00	700,00
84680320	16/02/2024	ANAIS	01/09/2023-30/09/2023	FARAH BENHNINI	700,00	700,00
84458943	30/01/2024	ANAIS	01/04/2023-30/04/2023	FARAH BENHNINI	700,00	700,00
81879719	18/09/2023	ANAIS	01/06/2023-30/06/2023	FARAH BENHNINI	700,00	700,00

< 1 2 3 4 5 >

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

☆☆☆☆☆

Casablanca, le 31/10/2023

CERTIFICAT MEDICAL

انائيس
anaïs
www.anaïs-maroc.ma
Dr ZEROUALI Asmaa
Médecin
27, rue Hajjaï Ibnou Artâa, Casablanca
Tél: 05 22 49 17 88 - Tél: 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

انائيس
anaïs
www.anaïs-maroc.ma
Dr ZEROUALI Asmaa
Médecin
27, rue Hajjaï Ibnou Artâa, Casablanca
Tél: 05 22 49 17 88 - Tél: 05 22 32 09 80

Association reconnue d'utilité publique

27, rue Hajjaï Ibnou Artâa - Casablanca - Maroc - E-mail : 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, 31 Octobre 2023

Facture : VFA232538

L'enfant : **BENHNINI Farah**

La présente facture couvre la période du 01/09/2023 au 31/10/2023.

Programme :

Psychomotricité	08 Séances	150.00	1200,00
Orthophonie	08 Séances	125.00	1000,00
Total TTC :			2200,00

Arrêtée la présente facture à la somme de deux mille deux cent Dirhams.

NB : Cette enfant bénéficie d'une prise en charge CNOPS à raison de 700.00dhs/mois

Signature


 Mlle. EL GARTILI Hanane
 Orthophoniste
 22 49 17 88 - Fax : 06 22


 Mlle. EL GARTILI Hanane
 Psychomotricien
 22 49 17 88 - Fax : 06 22


 Dr. L. B. HALL Asmaa
 Médecin
 27, Rue Hajja Ibnou Artâa, Casablanca
 Tél : 05 22 49 17 88 - Tél. 06 22 49 17 88

INPE: 065053225

Association reconnue d'utilité publique

27, rue Hajja 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 : 31/10/2023

ORDONNANCE


L'enfant : BENHNINI Farah

Diagnostic : Retard Psychomoteur

ORTHOPHONIE

Durée : 04 séances / mois
Période du 01/09/2023 à 31/10/2023

Signé :


Mino. MELJAR Semia
Orthophoniste
Tél : 05 22 49 17 88 - 05 22 49 17 89


Dr ZEROUALI Asmaa
27, Rue Rajjaq 14000 Artân, Casablanca
Tél : 05 22 49 17 88 - 05 22 49 17 89

Date : 31/10/2023

ORDONNANCE

L'enfant : BENHNINI Farah


Diagnostic : Retard Psychomoteur

PSYCHOMOTRICITE

Durée : 04 séances / mois
Période du 01/09/2023 à 31/10/2023

Signé :


Mlle EL GARTILI Hanane
Psychomotricien
22 49 17 88 - Fax : 05 22 2


Dr ZEROUALI Asmaa
27, Rue Mohammed VI, Casablanca
Tel : 05 22 49 17 88 - Fax : 05 22 49 17 89

BENHNINI Farah

Facture: VFA232538

Planning des séances psychomotricités

4 Séances / Mois du 04/09/2023 au 31/10/2023

Désignation	Nombre de séances	Date des séances
Psychomotricité	04	04/09/2023
		12/09/2023
		19/09/2023
		26/09/2023
		03/10/2023
		10/10/2023
		24/10/2023
		31/10/2023



 HARTILI Hanane

 psychomotricien

 05 22 27 70 37 - Fax : 05 22 32 09 79

Association reconnue d'utilité publique

27, rue Hajja 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

BENHNINI Farah

Facture: VFA232538

Planning des séances orthophonies

4 Séances / Mois du 04/09/2023 au 31/10/2023

Désignation	Nombre de séances	Date des séances
Orthophonie	04	04/09/2023
		12/09/2023
		19/09/2023
		26/09/2023
		03/10/2023
		10/10/2023
		24/10/2023
		31/10/2023

Mme. NEJMA BAY
Orthophoniste
06 75 27 70 37 / 05 22 32 09 79

Association reconnue d'utilité publique

27, rue Hajja 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 13/11/2023



Etablissement : ANAIS

27 RUE HAJJAJ IBNOU ARTAA

20000 CASABLANCA

Code Etab. : 990999955

Objet : Prise en Charge IMP

Réf : Dossier n° : 84077249 du : 10/11/2023

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 : 84077249

Code Acte : IMP2

Validité de l'accord : du 01/09/2023 au 30/06/2024

Nombre de mois : 10

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.

La validité de la présente Exonération du Ticket Modérateur est subordonnée à l'ouverture du droit aux prestations.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Tarif mensuel :

Part CNOPS : 700 DH

Part Assuré : 100 DH

Adressé à

BENHANINI FARAH

P/C : BENHNINI FARAH

résidence les champs 4 appt C 11

Nassim 2 Casablanca

Accusé de règlement n° RG2301476

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

Veuillez prendre note des échéances auxquelles il se rapporte :

Règlement en date du 27/12/2023 Pour un montant de : 1 810,00

Par : Chèque Numéro de Chèque : ALAKHDAR B0516680

N° de facture	Date	Date échéance	Montant échéance	Règlement
VFA232331	27/09/23	27/09/23	610,00	610,00
VFA232538	26/10/23	26/10/23	400,00	400,00
VFA232718	09/11/23	09/11/23	400,00	400,00
VFA233199	25/12/23	25/12/23	400,00	400,00



 anais-maroc.ma

 Tél : 05 22 49 17 88 - 05 22 26 67 92

 Fax : 05 22 27 37 70