

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

M23-0018743

197592
☒ Autres

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

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 2 ARTF9
Nasim Casablanca
Tél : 0634622820 Total des frais engagés : 1100 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....
Nom et prénom du malade : Benhmini 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 : Casablanca Adhérent(e) :
Le : 05/03/2024

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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

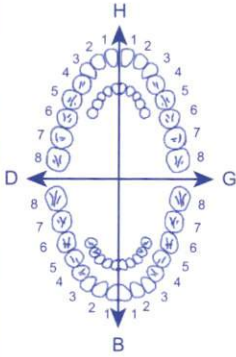
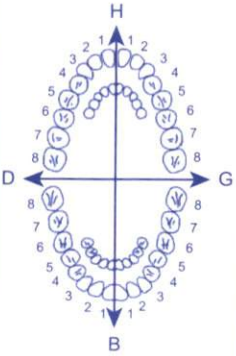
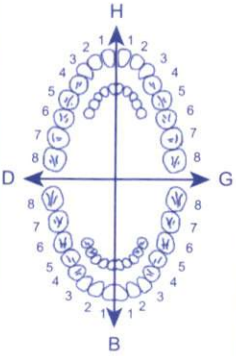
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> H 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> 00000000 35533411 B </div> <div> 00000000 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

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 et/ou de laboratoire).

Le nom et prénom de la personne assignée doivent être portés par les praticiens eux-mêmes sur chaque feuille de soins.

Les prospectus et les FPAI 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.

تقديم ورقة العلاجات بالجمعية لكل مريض ولكل

مريض أو مريض ورقة العلاجات بالجمعية مع جميع الوثائق الطبية (الوصفات الطبية، فواتير، نتائج التحاليل والأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للمريض المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المندرجة وأدويةها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإلزامية إلى التغطية الصحية التي تقدمون 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.

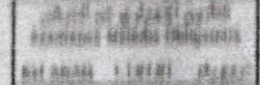
الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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



ورقة العلاجات بالجمعية feuille de soins Maladie



Partie réservée à l'assuré(e)		خاص بالمؤمن له (ها)	
Nom et prénom :	BENHINI Farah		
N° Affiliation :	3644 64		
N° d'identification :	931 92 3543		
N° CIN :			
Lié à de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) :	Conjoint زوج <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		
Adresse :	Résidence Le champ 2 App F9 Nassim, Casablanca		
Montant des frais (Dhs) :	1100,00 DH		
Nombre de pièces jointes :	8		
Déclaration du médecin traitant		تصريح الطبيب المعالج	
Bénéficiaire de soins		المستفيد من العلاجات	
Nom et prénom :		BENHINI Farah	
Date de naissance :			
N° CIN :			
Sexe* :		M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى	
Identification du médecin traitant		تعريف الطبيب المعالج	
N° INP			
Type de soins		نوع العلاجات	
Maladie *	مرض *	Pli confidentiel remis* :	Oui Non
Maternité *	أمومة *	Date de grossesse :	
Hospitalisation *	استشفاء *	Date prévue d'accouchement :	
Accident *	حادث *	Date d'hospitalisation :	
		Date d'accident :	
		Causes :	
أشهر بصحة كل ما ذكر أعلاه. J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : <u>Casablanca</u> : <u>31/11/2022</u> le : <u>31/11/2022</u> توقيع المؤمن له (ها) Signature de l'assuré(e)		أصرح بصحة وصحة المعلومات المذكورة أعلاه. Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : <u>Casablanca</u> : <u>31/11/2022</u> le : <u>31/11/2022</u> توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins	

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

* اشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً باتاً بيع هذا المطبوع

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التغطية الصحية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تاريخ الإيداع :

description des actes effectués

وصف العمليات المجرىة

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفقوت Montant facturé	توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
30/11/23		Consultat-6			Dr. ZEROUALI Asmaa Médécine 27, Rue Hassan ou Artida, Casablanca

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المعومة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	النمن المفقوت Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو مدمون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفقوت Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفقوت Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
Novembre 2023	psychomotricite			100094	Mme. MEJBAR Sana Orthophoniste SSM - 11, rue Hassan ou Artida, Casablanca
	githopencia			INPE, 065053225	

Mme. EL GARTILI Hanane
Psychomotricien
22 49 17 88 - Fax: 05 22 21



Ce plug-in n'est pas pris en charge

Accueil > Application > assuree app

(/portailapps/www/index.php/assures/auth/mon-compte)
 Mon Compte
 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 30/11/2023

CERTIFICAT MEDICAL



Dr ZEROUALI Asmaa

27, Rue Hajjaj 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



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 : 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 2023

Facture : VFA232718

L'enfant : BENHNINI Farah

La présente facture couvre la période du 01/11/2023 au 30/11/2023.

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

Mme. MEJBAR Samia
Orthophoniste
GSM : 06 22 27 70 37

Mlle. EL GARTI Hanane
Psychomotricien
06 22 49 17 88 - Fax : 06 22 27 70 37

Dr ZEQUALI Asmaa
Médecin
27, Rue Hajjaj Ibnou Artâa, Casablanca
Tel : 06 22 49 17 88 - Tél: 06 22 32 09 80

INPE: 065053225

Association reconnue d'utilité publique

27, rue Hajjaj Ibnou Artâa - Casablanca - Maroc - E-mail : anais@anais-marcc.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 : 30/11/2023

ORDONNANCE

L'enfant : BENHNINI Farah

Diagnostic : Retard Psychomoteur

ORTHOPHONIE

**Durée : 04 séances / mois
Période du 01/11/2023 à 30/11/2023**

Signé :


Mme. MEJBAR Samia
Orthophoniste
GSM : 06 22 27 70 37


Dr. ZENOUALI Asmaa
Orthophoniste
27, Rue Bouhadj Ibnou Arifou, Casablanca
Tél : 05 22 49 17 88 - Tél. 05 22 32 02 00

BENHNINI Farah

Facture: VFA232718

Planning des séances orthophonies

4 Séances / Mois du 02/11/2023 au 30/11/2023

Désignation	Nombre de séances	Date des séances
Orthophonie	04	02/11/2023
		07/11/2023
		21/11/2023
		30/11/2023



 Mme. MEJBAH Samia

 Orthophoniste

 05 22 27 70 37 - 05 22 32 09 79

Association reconnue d'utilité publique

27, rue Hajjaj 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

Date : 30/11/2023

ORDONNANCE

L'enfant : BENHNINI Farah

Diagnostic : Retard Psychomoteur

PSYCHOMOTRICITE

**Durée : 04 séances / mois
Période du 01/11/2023 à 30/11/2023**

Signé :



Mlle. EL GARTILI Hanane
Psychomotricien
Tél : 05 22 49 17 88 - Fax : 05 22 21



Dr ZENOUALI Asmaa
Psychomotricien
27, Rue Haffaf ibnou Arrous - Casablanca
Tél : 05 22 49 17 88 - Tél. 05 22

BENHNINI Farah

Facture: VFA232718

Planning des séances psychomotricités

4 Séances / Mois du 02/11/2023 au 30/11/2023

Désignation	Nombre de séances	Date des séances
Psychomotricité	04	02/11/2023
		07/11/2023
		21/11/2023
		30/11/2023



 Mlle. EL GARTI Hana

 Psychomotricien

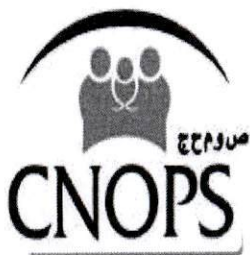
 22 49 17 88 - Fax : 05 22 2

Association reconnue d'utilité publique

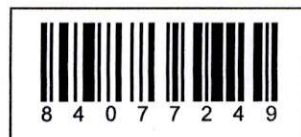
27, rue Hajjaj Ibnou Artâa - Casablanca - Maroc - E-mail : anaïs@anaïs-maroc.org

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 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.

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

Tarif mensuel :

Part CNOPS : 700 DH

Part Assuré : 100 DH