

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.

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 : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BANNOUR DORSAF**

Date de naissance : **27/08/1881**

Adresse : **Résidence les champs 2 ARTEG
Nouim - Casablanca**

Tél. : **0634622820** Total des frais engagés : **1100** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : **Benhniini Farah** Age : **7ans**

Lien de parenté : Lui-même Compagnon

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**

Le : **05/03/2024**

Adhérent(e) : **Farah**

RELEVE 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	

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{r} H \quad 25533412 \quad 21433552 \\ D \quad 00000000 \quad 00000000 \\ B \quad 00000000 \quad 00000000 \\ \hline \quad 35533411 \quad 11433553 \end{array} $		Coefficient des travaux	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		Montants des soins	
			Date du devis	
			Date de l'exécution	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

description des actes effectués

وصف العمليات المحراة

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التحاليل الطبية الممولة
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ Date d'exécution	النحون المطلوب Prix facturé	توقيع و ملابع الصيدلي أو ممون التجارين الطبيين Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux

CIN-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و المصور

عمليات المساعدین الطبیین

Actes Paramédicaux



Ce plug-in n'est pas pris en charge

Accueil > Application > assuré app

 (/portailapps/www/index.php/assures/auth/Deconnexion)  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	Début - Fin des soins	Bénéficiaire	Montant facturé	Part AMO
84686212	16/02/2024	ANALIS	01/11/2023-30/11/2023	FARAH BENHNINI	700,00	700,00
84670213	16/02/2024	ANALIS	01/10/2023-31/10/2023	FARAH BENHNINI	700,00	700,00
84680320	16/02/2024	ANALIS	01/09/2023-30/09/2023	FARAH BENHNINI	700,00	700,00
84458943	30/01/2024	ANALIS	01/04/2023-30/04/2023	FARAH BENHNINI	700,00	700,00
81879719	18/09/2023	ANALIS	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



Je soussigné, Dr ZEROUALI Asmaa
27, Rue Hajjaj Ibnou Artâa. Casablanca
Tél : 05 22 49 17 88 - Tél: 05 22 32 09 80
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 : 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, 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
<u>Total TTC :</u>			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 : Tél: 05 22 49 17 88 - 05 22 27 70 37

Mme. EL GARTILI Hanane
Psychomotricien
Tél: 05 22 49 17 88 - Fax: 05 22 27 70 37

anais
Dr ZEQUALI Asmaa
Médecin
27, Rue Hajjaj Ibnou Artâa, Casablanca
Tél: 05 22 49 17 88 - Tél: 05 22 32 09 80

INPE: 065053225

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

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 Sema
Orthophoniste - Tél. 05 22 27 70 37
GSM/TM: 06 61 44 77 50



anais
www.anais-maroc.org
Dr ZERQALI Asmaa
Orthophoniste
27, Rue Mullaib ibnou Aritab Casablanca
Tél : 05 22 49 17 88 - Tél. 05 22 32 02 88



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. MEJRAK Samia
Orthophoniste
05222491788 - 0522266792 - 0522320980 - 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

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 :



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



Association reconnue d'utilité publique

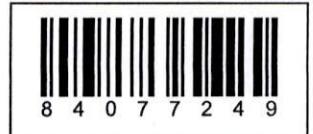
27, rue Hajjaj Ibnou Artâa - Casablanca - Maroc - E-mail : anais@anais-maroc.org

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



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