

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 canaux, 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 canaux.

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

N° W19-532133

CA

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **25129**

Matricule : **13055** Société : **RAM**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **BANNOUR DORSAF**

Date de naissance : **27-08-1981**

Adresse : **Résidence les champs Y APT C4 NASSIM - Sidi Rahouf - Casablanca**

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 :

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 : **13 / 03 / 2020**

Signature de l'adhérent(e) :

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

تعليمات يجب اتباعها

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.

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 وأدمنتها بالوصفات المرسلية.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية 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.

الآخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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
مرجع رقم 1.1.01.01 Ref ANAM

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **BENHINI Fouad** الاسم العائلي والشخصي :
N° Affiliation : **36 64 64** رقم الانخراط :
N° Immatriculation : **931 923 543** 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 : **Imm. C App. N desiranc ls** العنوان :
chay 4 Ennamine casablanca
Montant des frais (Dhs) : **1100 014** مبلغ المصاريف (دراهم) :
Nombre de pièces jointes : **5** عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : **BENHINI Fouad** المستفيد من العلاجات :
Nom et prénom : **BENHINI Fouad** الاسم العائلي والشخصي :
Date de naissance : **12/03/2020** تاريخ الميلاد :
N° CIN : **D553285** رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe : **M** ذكر **F** أنثى الجنس :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **091024224** الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :
Type de soins : **مرضى** نوع العلاجات :
Maladie : **✓** مرض **Plu confidentiel remis** : **Oui** **Non** : **Non** تم تقديم الظروف المعلق :
Date de grossesse : **✓** تاريخ الحمل :
Maternité : **✓** أمومة **Date prévue d'accouchement** : **✓** التاريخ المتوقع للولادة :
Hospitalisation : **✓** استشفاء **Date d'hospitalisation** : **✓** تاريخ الاستشفاء :
Accident : **✓** حادث **Date d'accident** : **✓** تاريخ الحادث :
Causes : **✓** أسباب الحادث :


أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci avant.
Fait à : **Casa** موريس :
le : **12/03/2020** في :
توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré(e) : **BENHINI**
أصريح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : **Casa** موريس :
le : **29/02/2020** في :
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins : **BENHINI**

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

Le vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً باتاً بيع هذا المطبوع

Cachet et Signature du médecin traitant	توقيع وطابع الطبيب المعالج
Identification de l'agent :	تاريخ الإيدع :
Date de dépôt du dossier :	

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre cle + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Cle	المبلغ المفوتر Montant facture	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramedical
fevrier 2020	Psychomotricite			1100 gds	 Mme BOUZOUAA Halima Psychomotricien Tel : 05 22 49 17 88 - Fax : 05 22 33
	orthophonie				
IND [][

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	القيمة المفوترة Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو مموور التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
	١٧,٠٠ [][] : [][] [][]	
	١٨,٠٠ [][] : [][] [][]	
	١٩,٠٠ [][] : [][] [][]	



Centre National des Organismes
de Prévoyance Sociale
BP 209
10 AL KHALIL
10000 RABAT

RABAT, le 21/10/2019

ASSOCIATION
ANAJIS
990999955

Objet: Prise en Charge IMP
Ref : Dossier n°158501011 du: 20/09/2019
Immatriculation: 93923543
L'assuré: BENHNINI FOUAD
Beneficiaire: BENHNINI FAPAH

112

M. Lamine, Monsieur,

En réponse à la demande écrite en référence, nous avons l'honneur de
vous faire part de notre accord de prise en charge de l'emplacement en
domicile au sein de votre Institut Médico Pédagogique.

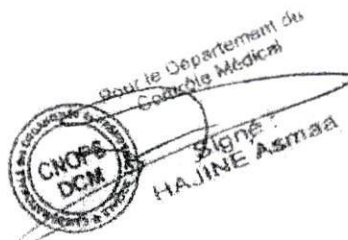
- n° de l'accord: 158501011
- Code Acte : IMPZ
- Dotation de l'accord: du 01/09/2019 au 30/06/2020
- Nombre de mois : 10,00

Aussi nous demandons de bien vouloir procéder au renouvellement de
la prise en charge un mois avant l'expiration de sa date de
validité.

Je vous prie, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations
distinguées.

Cordialement,

Parti Assuré : 700 DH
Parti Associé : 100 DH



N.B. Prière de mettre en référence le numéro de prise en charge sus-cité pour toute correspondance ultérieure avec la CNOPS

Casablanca, le 29 Février 2020

Facture : **VFA200528**

L'enfant : **BENHNINI Farah**

La présente facture couvre la période du 01/02/2020 au 29/02/2020.

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

Médecin d'Anaïs





 Mme BOUZOUARA Hajar

 Psychomotricien

 Tél : 05 22 49 17 88 - Fax : 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 : 29/02/2020

ORDONNANCE

L'enfant : BENHNINI Farah

Diagnostic : Retard Psychomoteur

ORTHOPHONIE

**Durée : 04 séances / mois
Période du 01/02/2020 à 29/02/2020**

Signé :



Date : 29/02/2020

ORDONNANCE


L'enfant : BENHNINI Farah

Diagnostic : Retard Psychomoteur

PSYCHOMOTRICITE

**Durée : 04 séances / mois
Période du 01/02/2020 à 29/02/2020**

Signé :


Mme BOUZOUBAA Hajar
Psychomotricienne
Tél : 05 22 49 17 88 - Fax : 05 22 32 09 70

