

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.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-686732

103 878

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6272 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BOUTIBA HASSAN
 Date de naissance : 25/06/1959
 Adresse : Avenue LAYMOUNE "A" n° 12 étage
 Casablanca 01
 Tél. : 06 98 11 86 23 Total des frais engagés : 741,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/02/2022
 Nom et prénom du malade : SOUGRATI ASMA Age : 68 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 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 : 15/02/2022
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

6517 06 49826523

une feuille de soins par personne et événement.

feuille de soins doit être accompagnée de : les pièces justificatives originales (prestations médicales, factures, résultats de diagnostics de radiologie et/ou de laboratoire).

Nom et prénom de la personne soignée et être portés par les praticiens eux mêmes sur la feuille de soins.

respectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux documents transmis.

feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre médecin dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a un traitement continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours suivant la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale en vigueur.

Les accidents liés aux accidents du travail et les professionnels ne sont pas couverts.

La personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions prévues par la loi et réglementaires.

La déclaration 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 المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التماهدية 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 التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة 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.

CNOPS

Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

Réf ANAM 1.1.02.01 مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Nom et prénom : SOUGRATI ASMA : الاسم العائلي والشخصيN° Affiliation : 1185717 : رقم الانخراطN° Immatriculation : 9321606284 : رقم التسجيلN° CIN : D1198316 : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له

Conjoint ☐ زوج ☐ ابن ☐ بنتAdresse : اساسية - شارع 22 و 45 : ساحة طابوق حادي المروج : العنوانMontant des frais (Dhs) : 74160 : مبلغ المصاريف (درهم)Nombre de pièces jointes : 03 : عدد الوثائق المرفقة

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : SOUGRATI ASMA : الاسم العائلي والشخصيDate de naissance : 24/11/1964 : تاريخ الازديادN° CIN : D1198316 : رقم بطاقة التعريف الوطنيةSexe : م : الجنسN° INP : 0101171966 : الرقم الوطني للاستدلال للمريض

Type de soins : نوع العلاجات

Admission ALD : Oui : قبول المرض المزمنN° dossier ALD : 091171926 : رقم ملف المرض المزمنCode ALD : 091171926 : رقم المرض المزمنSoins ambulatoires* ☐ : علاجات خارجيةHospitalisation* ☐ : استشفاءDate d'hospitalisation : 01/10/2021 : تاريخ الاستشفاءPli confidentiel remis* ☐ : تم تقديم الطرف المعلقDate d'hospitalisation : 01/10/2021 : تاريخ الاستشفاء

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : 01/10/2021 : حردبLe : 01/10/2021 : في

Signature de l'assuré (e) : توقيع المؤمن له (ها)

Cachet et Signature du praticien traitant ou de l'établissement de soins

Dr. Mohamed Mehdi ALAOUI : اشطب

N° 141 Bd. HH24 El Oula - Casablanca : 06 60 52 74

INP : Identification Nationale du Praticien

* Cocher la mention utile pour chaque case

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : 01/10/2021 : تاريخ الإيداع



MME ASMA SOUGRATI
LOT IBN KHALDOUN 2 RE
LAIMOUNE 01 APPT 04
CASABLANCA
20000 CASABLANCA CENT

000070343087

Accusé de Réception

N° Réception : 70343087
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : SOUGRATI ASMA
Immatriculation : 93606284 / 090127263
Nom et Prénom Bénéficiaire : SOUGRATI ASMA
Rang Bénéficiaire : 01

Type dossier : FEUILLE DE SOINS
Date et heure : 21/10/2021 11:11
Lieu de réception : CASA 90158
Valeur du dossier : 741,60
Nombre de pièces : 6
Code Agent : 9MGE398

Code Etablissement :
Etablissement :

< Remboursements



PAYE

21/01/2022

1 dossiers | 1,487.40 DH ▶

29/11/2021

1 dossiers | 415.10 DH ▼

N° dossier

70343087

Mode de paiement

Virement

Bénéficiaire

SOUGRATI ASMA

Frais engagés

741.6 DH

Remboursé

415.1 DH



CABINET DE CONSULTATION & EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

• فحص اختبار الجهد • تخطيط القلب بالهولتير • فحص الضغط الدموي • تخطيط القلب بالهولتير • فحص اختبار الجهد • Electrocardiogramme • Echocardiographie Doppler • MAPA • Holter-ECG • Epreuve d'effort

Dr. MOHAMED MEHDI ALAOU

SPECIALISTE DES MALADIES DU COEUR ET DES VAISSEAUX

د. محمد المهدي العلوي

إختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

Casablanca, le : 09 OCT 2021 : الدار البيضاء، في :

LOT N° :
EXP :
PPV :

LOT N° :
EXP :
PPV :

103,30 x 2

142,50 x 2

491,60

1'S

1'S

1'S

DH 142.50

DH 142.50

PHARMACIE THAMNI
Voie d'Aménagement HH 47 N°11
May Hassan - May Hassan
05 22 01 24 24 - Fax: 05 22 01 24 24
05 22 01 24 24 - 1F: 49 15 05 00

Dr. Mohamed Mehdi ALAOU
Spécialiste des Maladies du Cœur
et des Vaisseaux

Lot Moulay Thami, N° 141 Bd HH24 - Appt 6 - 1er étage (Rond point Georges Eloulia - Casablanca)

Lot. Moulay Thami, N° 141 Bd HH24 - Appt 6 - 1er étage (Rond point Georges Eloulia - Casablanca)

مولاي التهامي، الرقم 141، شقة 6 الطابق الأول (مدار جورج) الولفة - الدار البيضاء

05 22 01 24 24 - Urgences : 06 16 50 82 74



Caisse Nationale des Organismes
de Prévoyance Sociale
CNOPS
B.P. 209
10 AL KHALIL
10000 RABAT

RABAT, le 06/10/2021

MME SOUGRATI ASMA
LAIMOUNE 01 APPT 04
LOT IBN KHALDOUN 2 RES
CASABLANCA
20000 CASABLANCA CENTRE DE TRI

Objet: Demande d'exonération du ticket modérateur
Réf : Dossier n°:68975041 du: 29/07/2021
Immatriculation:93606284
L'assuré: SOUGRATI ASMA
Bénéficiaire:SOUGRATI ASMA (01)
Taux d'exonération:

Madame, Monsieur,

En réponse à la demande citée en référence, nous avons l'honneur de vous faire part de notre accord d'exonération du ticket modérateur selon les conditions et modalités fixées par voie réglementaire.

- N° de l'Accord: 68975041
- Code affection: E113
- Validité de l'Accord: du 27/07/2021 au 27/07/2026

Nous vous demandons de bien vouloir procéder au renouvellement d votre dossier un mois avant l'expiration de sa date de validité si vous ne recevez pas d'accord d'exonération du ticket modérateur.

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.

Pour le Département du
Contrôle Médical
HARCHANE Hanane

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

| | | | | |
|--------------------------|-----------------------------|-----------------------|---------------------|---|
| Nom : Sougrati | Né le : 01.01.1964 | FC : 83 /min | RR : 724 ms | Validé par : Rythme sinusal Axe électrique normal ECG normal |
| Prénom : Asma | Sexe : Féminin | Axe P : 58 ° | P : 120 ms | |
| VDP : 347 E | Taille : -- cm | Axe QRS : 26 ° | PQ : 187 ms | |
| Visite : -- | Poids : -- kg | Axe T : 44 ° | QRS : 86 ms | |
| Date : 09.10.2021 | PA : -- / -- mmHg | | QT : 369 ms | |
| Heure : 11:13:44 | Origine : Non défini | | QTc : 434 ms | |

Dr. Mohamed Mehdi ALAOUI
Spécialiste des Maladies du Cœur
et des Vasculaires
Lot Mouley Thani, N° 141 Bd. H24 1^{er} Apt 8,
(Rond Point George) El Oufa - C. Abidjan
Tel : 00 225 20 54 34 - Fax : 00 225 20 54 34

ID demande :
Remarques :
Traitement :

Émetteur de la



1 mV
1 s

FPB 25 Hz, CA 50Hz

10 mm/mV, 25 mm/s