

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° W21-778655

144518

☒ 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 : Peninsula City "A" Appartement H24 KAYMAUNE
CAMPUS 2019

Tél. : 06 88 11 86 23 Total des frais engagés : 2585,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : SOUGRATI ASMA Age : 58 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 : 02/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

0649 826523

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

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).

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية, فواتير, نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

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

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

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وادمنتها بالوصفات المرسلة.

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.

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.

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

سيتم تعويض المبالغ المعروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

الآخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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.

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

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

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

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



ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.02.01
مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **SOUGRATI Asma** الاسم العائلي والشخصي :

N° Affiliation : **1857 17 EN** رقم الانخراط :

N° Immatriculation : **9326 06284** رقم التسجيل :

N° CIN : **J 1983 16** رقم بطاقة التعريف الوطنية :

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

Conjoint : **زوجة** Enfant : **ابن**

Adresse : **4 شارع 293 حي المصنعة الدمام** العنوان :

Montant des frais (Dhs) : **2585,20** مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : **3** عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : **Monahed Mendi ALAOUI** المستفيد من العلاجات :

Nom et prénom : **Asma** الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : **24/11/1964** تاريخ الازدياد :

N° CIN : **J 1983 16** رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe : **أنثى** الجنس :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **091171026** الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins : **قبول التوكيل الطبي** نوع العلاجات :

Admission ALD : **Oui** قبول التوكيل الطبي :

N° dossier ALD : **Non** رقم ملف المرض المزمن :

Code ALD : **091171026** رقم المرض المزمن :

Soins ambulatoires : **Oui** علاجات خارجية : **Oui** تاريخ تقديم الظرف المغلق :

Hospitalisation : **Non** استشفاء : **Non** تاريخ الاستشفاء :

أشهاد بصحة كل ما ذكر أعلاه. Je déclare les informations ci-dessus s'ingères et véritables.

Fait à : **الدمام** Fait à : **CASABLANCA**

Le : **31/10/2022** Le : **22/10/2022**

توقيع المؤمن له (لها) : **Asma** Signature de l'assuré(e) : **Asma**

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية : **Dr. Mohamed Mendi ALAOUI**

Cachet et Signature du Medecin traitant ou de l'établissement : **Dr. Mohamed Mendi ALAOUI**

BP : Identification Nationale du Praticien

Cocher la mention utile pour chaque cas

La vente de cet imprimé est formellement interdite

Dr. Mohamed Mendi ALAOUI
Spécialiste des Maladies du Cœur
et des Vaisseaux
Lot Moulay Rachid, BP 191 50, Hassan 1 Apt 3,
(Rond Point George) El Oufa - Casablanca
Tél : 05 22 01 34 34 - Fax : 05 16 50 02 13

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

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

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical



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

Accusé de Réception



N° de Dossier : 77125614 Date et heure : 31/10/2022 08:57
Nom et prénom Assuré : SOUGRATI ASMA
Immatriculation : 93606284 / 090127263
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: SOUGRATI ASMA / 01
Type de dossier : FEUILLE DE SOINS
Lieu de réception : CASA 90171
Valeur en Dirhams : 2 585,20 Nombre de pièces : 3
Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE489
Nom Etablissement :

Accueil > Application > assure app

[\(/portailapps/www/index.php/assures/auth/identification\)](#) [Identification](#) [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

ENREGISTRE 2

EN COURS DE TRAITEMENT 2

PAYE

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
2	-	-	5 859,01	5 084,20	8,50	5 092,70
77125614	31/10/2022	SOUGRATI ASMA	2 585,20	2 403,00	8,50	2 411,50
77944028	12/12/2022	SOUGRATI ASMA	3 273,81	2 681,20	0,00	2 681,20

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : [Télécharger \(https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cnops.app\)](https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cnops.app)

★★★★★



Dr. Mohamed Mehdi ALAOU
Spécialiste des Maladies du Cœur et des Vaisseaux
CABINET DE CONSULTATION & EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

• Electrocardiogramme • Echocardiographie Doppler • MAPA • Holter-ECG • Epreuve d'effort

Dr. MOHAMED MEHDI ALAOU

SPÉCIALISTE DES MALADIES DU CŒUR ET DES VAISSEAUX

د. محمد المهدي العلوي
القلب والشرايين

SULIAT® 160 mg / 5 mg
28 comprimés pelliculés



6 118000 072409

28 comprimés pelliculés

SULIAT® 160 mg / 5 mg

28 comprimés pelliculés

185,20 x 7

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

27 OCT 2022

الدار البيضاء، في:

Dr. Mohamed Mehdi ALAOU
Spécialiste des Maladies du Cœur
et des Vaisseaux
Cabinet de Consultation et d'Explorations Cardio-Vasculaires
Rond Point George El Oufia - Casablanca
Tél : 05 22 01 34 34 - Cell : 06 16 50 02 74

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp peli b30
P.P.V : 114,10 DH



6 118001 183104

28 comprimés pelliculés

Maphar

Bd Alkimia N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp peli b30
P.P.V : 114,10 DH

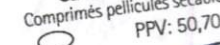


6 118001 183104

28 comprimés pelliculés

Maphar

Bd Alkimia N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp peli b30
P.P.V : 114,10 DH



6 118001 183104

28 comprimés pelliculés

Maphar

Bd Alkimia N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp peli b30
P.P.V : 114,10 DH



6 118001 183104

28 comprimés pelliculés

Maphar

Bd Alkimia N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp peli b30
P.P.V : 114,10 DH



6 118001 183104

28 comprimés pelliculés

Maphar

Bd Alkimia N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp peli b30
P.P.V : 114,10 DH



6 118001 183104

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp peli b30
P.P.V : 114,10 DH



6 118001 183104

28 comprimés pelliculés

Maphar

Bd Alkimia N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp peli b30
P.P.V : 114,10 DH



6 118001 183104

28 comprimés pelliculés

Maphar

Bd Alkimia N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp peli b30
P.P.V : 114,10 DH



6 118001 183104

28 comprimés pelliculés

Maphar

Bd Alkimia N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp peli b30
P.P.V : 114,10 DH



6 118001 183104

28 comprimés pelliculés

Maphar

Bd Alkimia N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp peli b30
P.P.V : 114,10 DH



6 118001 183104

28 comprimés pelliculés

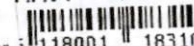
Maphar

Bd Alkimia N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp peli b30
P.P.V : 114,10 DH



6 118001 183104

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp peli b30
P.P.V : 114,10 DH



6 118001 183104

28 comprimés pelliculés

Maphar

Bd Alkimia N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp peli b30
P.P.V : 114,10 DH



6 118001 183104

28 comprimés pelliculés

Maphar

Bd Alkimia N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp peli b30
P.P.V : 114,10 DH



6 118001 183104

28 comprimés pelliculés

Maphar

Bd Alkimia N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp peli b30
P.P.V : 114,10 DH



6 118001 183104

28 comprimés pelliculés

Maphar

Bd Alkimia N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp peli b30
P.P.V : 114,10 DH



6 118001 183104

28 comprimés pelliculés

Maphar



6 118001 183104

Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS



6 118001 100859

30 comprimés pelliculés sécables

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS

SULIAT® 160 mg / 5 mg
28 comprimés pelliculés



6 118000 072409

28 comprimés pelliculés

SULIAT® 160 mg / 5 mg

28 comprimés pelliculés

SULIAT® 160 mg / 5 mg

28 comprimés pelliculés

SULIAT® 160 mg / 5 mg

28 comprimés pelliculés

SULIAT® 160 mg / 5 mg

28 comprimés pelliculés

SULIAT® 160 mg / 5 mg

28 comprimés pelliculés

SULIAT® 160 mg / 5 mg

28 comprimés pelliculés

SULIAT® 160 mg / 5 mg

28 comprimés pelliculés

SULIAT® 160 mg / 5 mg

28 comprimés pelliculés

SULIAT® 160 mg / 5 mg

28 comprimés pelliculés

SULIAT® 160 mg / 5 mg

28 comprimés pelliculés

SULIAT® 160 mg / 5 mg

28 comprimés pelliculés

SULIAT® 160 mg / 5 mg

28 comprimés pelliculés

SULIAT® 160 mg / 5 mg

28 comprimés pelliculés

SULIAT® 160 mg / 5 mg

28 comprimés pelliculés

SULIAT® 160 mg / 5 mg

28 comprimés pelliculés

SULIAT® 160 mg / 5 mg

28 comprimés pelliculés

SULIAT® 160 mg / 5 mg

28 comprimés pelliculés

SULIAT® 160 mg / 5 mg

28 comprimés pelliculés

SULIAT® 160 mg / 5 mg

28 comprimés pelliculés



Caisse Nationale des Organismes
de Prévoyance Sociale
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 de 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.

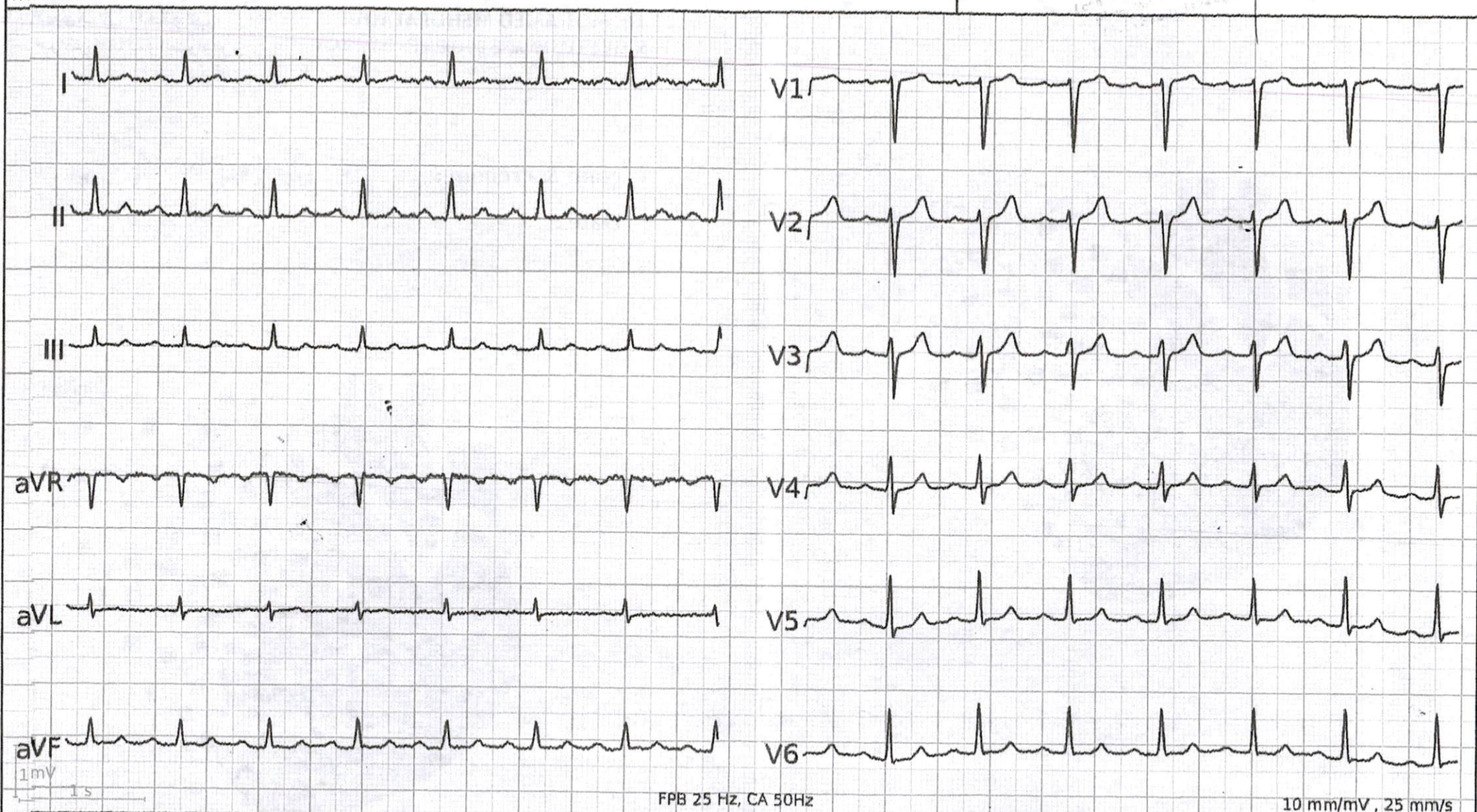
Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

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 : 87 /min	RR : 688 ms	Validé par : Rythme sinusal Axe électrique normal ECG normal <i>Dr. [Signature]</i>
Prénom : Asma	Sexe : Féminin	Axe P : 46 °	P : 112 ms	
IDP : 347 E	Taille : -- cm	Axe QRS : 42 °	PQ : 208 ms	
Visite : --	Poids : -- kg	Axe T : 55 °	QRS : 87 ms	
Date : 22.10.2022	PA : -- / -- mmHg	QT : 348 ms	QTc : 420 ms	
Heure : 10:59:25	Origine : Non défini			

ID demande :
Remarques :
Traitement :



عيادة فحص و تشخيص أمراض القلب و الشرايين

CABINET DE CONSULTATION & EXPLORATIONS CARDIO-VASC

لب • فحص القلب بالصدى • فحص الضغط الدموي • تخطيط القلب بالهولتير • فحص اختبار الجهد
• Electrocardiogramme • Echocardiographie Doppler • MAPA • Holter-ECG • Epre

Dr. MOHAMED MEHDI ALAOU
SPÉCIALISTE DES MALADIES DU COEUR ET DES VAISSEAUX

مد المهدي العلوي
سي في أمراض القلب و الشرايين.

Nom & Prénom :

Soukati Asma

Date :

22.10.22

