

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° W21-766231

132787

☒ 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 : 21/06/1959
 Adresse : Résidence LAMDAÏE A° 1° étage
 Hay LAMDAÏE CASABLANCA 20190
 Tél. : 06 88 1186 23 Total des frais engagés : 2749,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

" COMPLEMENT "

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : SOUGRATI ASMA ou BOUTIBA 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 : 11/10/2022
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

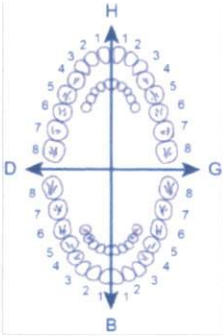
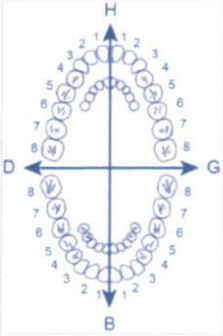
[illegible][illegible]

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	INP :												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX												
	H <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

0649 82 65 23.

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 المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تختصم 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 للمساوير القانونية.

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 الإيدع :



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.01.01
مراجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **SOUGRATI ASMA**
N° Affiliation : **1857117**
N° Immatriculation : **932606284**
N° CIN : **J198316**
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* : **Conjoint** ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن
Adresse : **الطريق الوطنية رقم 1، حي العمارات، الجزائر**
Montant des frais (Dhs) : **2749,7**
Nombre de pièces jointes : **2**

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : **SOUGRATI ASMA**
Nom et prénom : **SOUGRATI ASMA**
Date de naissance : **24/11/1964**
N° CIN : **J198316**
Sexe* : **M** ☐ ذكر ☒ أنثى **F**
المستفيد من العلاجات
الاسم العائلي والشخصي :
تاريخ الميلاد :
رقم بطاقة التعريف الوطنية :
الجنس* :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **031262273**
Type de soins :
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 :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.
Fait à : **الجزيرة** le : **19/07/2022**
توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : **الجزيرة** le : **19/07/2022**
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et signature du médecin traitant ou de l'établissement de soins

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

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يصنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

عمليات الإحياء، الأشعة، والصور

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

عمليات المساعدين الطبيين

تواريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معاملات العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP :					
INT :					
GMP :					

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

PAYE

① Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
- 2	-	01/10/2022	Virement	-	4 826,71	3 507,66	565,41	4 073,07
75387529	20/07/2022	Payé en : 73 jours		SOUGRATI ASMA	2 077,01	1 659,50	165,40	1 824,90
75387561	20/07/2022	Payé en : 73 jours		SOUGRATI ASMA	2 749,70	1 848,16	400,01	2 248,17

Dr. Yasmine Driouich

• Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie
Nutrition et Maladies Métaboliques
• Diplômée de la Faculté de Médecine et
de Pharmacie de Casablanca



الدكتورة ادريوش ياسمين

• أخصائية في أمراض الغدد و السكري
والتغذية و أمراض الأيض
• خريجة كلية الطب و الصيدلة
بالدار البيضاء

Casablanca, le

06/07/2022

Nu = asma SOUGRATI

Dr. Sougrati Leila Doua

الدكتور السجراتي للاضي
صيدلية احمد لكلاشة
CR Ahmer Lagalcha Route de Taroudant
76:55.53.33.93.93

Victoza®
6 mg/ml
Solution injectable
2 stylos pré-remplis 3 ml
PPV : 1193,00 DHS



Victoza®
6 mg/ml
Solution injectable
2 stylos pré-remplis 3 ml
PPV : 1193,00 DHS



8-9695-73-280-3

1) victoza injectable (S.V)
1193,00 x 2,60 UI U pdt 3 mois

RANCIPHEX® 10 mg
28 comprimés gastro-résistant
Voie orale



2) Ranciphex 10 mg (S.V)
113,70 x 1 - 0 - 0 pdt 1 mois



Dr. DRIOUICH Yasmine
Endocrinologue Diabétologue
et Maladies Métaboliques
21 Wifak 1 Rue 2 N°5 Oulfa
Bureau N°5 Oulfa Casablanca
Tél 05 22 900 909



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

Accusé de Réception



07000001

N° de Dossier : 75387561 Date et heure : 20/07/2022 12:14
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 90158
Valeur en Dirhams : 2.749.70 Nombre de pièces : 3
Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE398
Nom Etablissement :