

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, parodontologie 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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier Casablanca 20000 Tél. : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-818893

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 6272 Société : RAM

Matricule : 6272 ☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : RAM

Nom & Prénom : BOUTIBA HASSAN

Date de naissance : 25/06/1959

Adresse : Résidence "A" Immeuble A - 12ème Etage
Lot 15n KENNEDY 147 KENNEDY CASABLANCA

Tél. : 06 88 11 86 23 Total des frais engagés : 1948,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

COMPLEMENT

Date de consultation : 1

Nom et prénom du malade : SOUGRATI ASMA

Age : 60

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 : 12/07/2023

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Un relevé est établi par le dentiste pour tout acte de soins dentaires effectués au cabinet ou en ambulatoire.

Important : Le relevé est établi en deux exemplaires, un pour le patient et un pour le praticien.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : _____
				COEFFICIENT DES TRAVAUX _____
O.D.F. PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE 			COEFFICIENT DES TRAVAUX _____
	B (Creation, remont, adjonction) avec ou sans prothèse dentaire adjointe ou non			MONTANTS DENTAIRE _____

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



MME SOUGRATI ASMA

LOT IBN KHALDOUN 2 RES

LAIMOUNE 01 APPT 04

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI
20000

Accusé de Réception



N° de Dossier :

82474801

Date et heure : 15/08/2023 11:23

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 :

1.948,40

Nombre de pièces : 10

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE489

Nom Etablissement :



MME SOUGRATI ASMA

LOT IBN KHALDOUN 2 RES

LAIMOUNE 01 APPT 04

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI

20000

Accusé de Réception



N° de Dossier :

82474801

Date et heure : 15/08/2023 11:23

Nom et prénom Assuré :

SOUGRATI ASMA

Immatriculation :

93606284 / 050127263

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: SOUGRATI ASMA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA 90171

Valeur en Dirhams :

1.948,40

Nombre de pièces : 10

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE489

Nom Etablissement :

[Ma Situation](#)[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 4](#)[PAYE](#)[RETOUR POUR COMPLEMENT 2](#)

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
4	-	-	6 510,91	3 609,60	487,39	4 096,99
82474801	15/08/2023	SOUGRATI ASMA	1 948,40	1 410,00	39,99	1 449,99

Instructions à suivre

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 le praticien 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 la CNOPS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il ya 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.

تعليمات يجب اتباعها

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 وأئمتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي 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.

الاضطراب الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة 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.

توقيع وطابع التعااضدية

Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تاريخ الإيداع :



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie

لاجباري عن المرض
Assurance Maladie O

Réf ANAM 1.1.01.01

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **SOUGRATI Asma** : **أسماء والشخصي**

N° Affiliation : **1189 7117** : **رابط**

N° Immatriculation : **B3R1 1616R184** : **جيل**

N° CIN : **J198316** : **العرف الوطنية**

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* : **أبنة بين المؤمن له والمؤمن له**

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

Adresse : **Hay Lemman, 1189 7117, 1189 7117**

Montant des frais : **1948,40** Dhs : **صاريف**

Nombre de pièces jointes : **1** : **أفق المرفقة**

Déclaration du médecin traitant : **تصريح الطبيب المعالج**

Bénéficiaire de soins : **أسماء العلاجات**

Nom et prénom : **SOUGRATI Asma** : **أسماء والشخصي**

Date de naissance : **14/11/1983** : **زدياد**

N° CIN : **J198316** : **العرف الوطنية**

Sexe : **F** : **أنثى**

Identification du médecin traitant : **Dr. Mohamed Mendi ALAOUI** : **تعريف الطبيب المعالج**

N° INP : **1189 7117** : **الممارس**

Type de soins : **الطبيب المعالج**

Maladie* ☐ مرض* : **Plu confidentiel** : **نعم** **Non** : **لا**

Maternité* ☐ أمومة* : **Date de grossesse** : **حمل**

Date prévue d'accouchement : **مرتب للولادة**

Hospitalisation* ☐ استشفاء* : **Date d'hospitalisation** : **استشفاء**

Accident* ☐ حادث* : **Date d'accident** : **حادث**

Causes : **لحادث**

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. : **أشهد بصح كل ما ذكر أعلاه.**

Fait à : **114 018 114 018** : **صداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه**

le : **114 018 114 018** : **ي**

Signature de l'assuré(e) : **Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement**

Dr. Mohamed Mendi ALAOUI : **Dr. Mohamed Mendi ALAOUI**

Spécialiste des Maladies du Cœur : **Spécialiste des Maladies du Cœur**

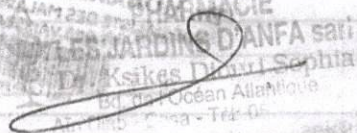
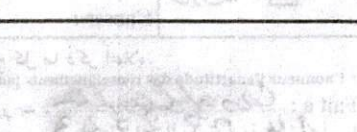
ET DES VAISSEAUX : **ET DES VAISSEAUX**

INP : Identification Nationale du Praticien : **INP : Identification Nationale du Praticien**

*** Cocher la mention utile pour chaque case** : *** Cocher la mention utile pour chaque case**

[illegible]**CIM-10**

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الـمـنـمـوـتـر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مـمـوـن الـمـهـيـزات الـطـبـيـة Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
31/08/2023	848,40	
INP: 2192131402		
		
INP: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		
		
INP: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		

[illegible]



مركز العناية فحص وتشخيص أمراض القلب والشرايين

CABINET DE CONSULTATION & EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

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

Dr. MOHAMED MEHDI ALAOU

SPÉCIALISTE DES MALADIES DU COEUR ET DES VAISSEAUX

د. محمد المهدي العلوي

إختصاصي في أمراض القلب والشرايين

Casablanca, le 31/01/2023

الدار البيضاء، في:

Sousgrot
AS ma

Maphar
Bd Alkima N° 6. Ql.
Sidi Bernoussi. Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V : 167,00 DH

Maphar
Bd Alkima N° 6. Ql.
Sidi Bernoussi. Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V : 167,00 DH

6 118001 183111

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788

PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788

PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

SULIAT® 160 mg / 5 mg
28 comprimés pelliculés

6 118000 072409

6 118000 072409

6 118000 072409

SULIAT® 160 mg / 5 mg
28 comprimés pelliculés

6 118000 072409

6 118000 072409

6 118000 072409

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 George) El Oulfa - Casablanca

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

☎ 05 22 01 34 34 - Urgences / WhatsApp : 06 16 50 82 74

عيادة فحص وتشخيص أمراض القلب والشرائين

CABINET DE CONSULTATION & EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Dr. Mohamed Mehdi Alaoui

SPECIALISTE DES MALADIES DU CŒUR ET DES VAISSEAUX

د. محمد المهدي العلوي

إختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

Casablanca le : **31/07/2023**

Nom : SOUGRATI

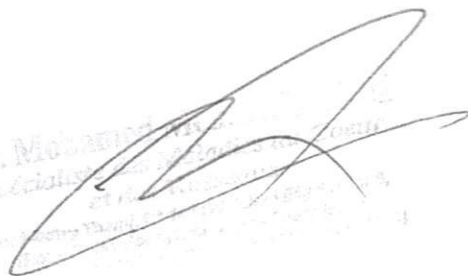
Prénom : ASMA

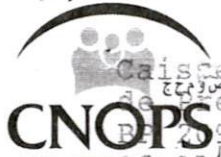
Facture N°: 252

ICE : 001979924000013

Désignation	Prix Unité T.T	Qté	Montant T.T.C
Echocardiographie doppler	800,00	1,00	800,00

Total : **800.00 DH**


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



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.



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

عيادة فحص وتشخيص أمراض القلب والشرائين

CABINET DE CONSULTATION & EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

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

Dr. MOHAMED MEHDI ALAOUI

SPÉCIALISTE DES MALADIES DU COEUR ET DES VAISSEAUX

محمد المهدي العلوي

عاصي في أمراض القلب والشرائين

EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

- ☒ Echocardiographie Doppler couleur
- ☐ EchoDoppler vasculaire
- ☐ Echographie Transoesophagienne
- ☐ Holter tensionnel
- ☐ Holter rythmique
- ☐ Epreuve d'effort
- ☐ Echocardiographie de stress
- ☐ Etude SNA

Dr. Mohamed Mendi ALAOUI
Spécialiste des Maladies du Cœur
et des Vaisseaux
Lot Moulay Thami, N° 141 Bd. HH24 Elg 1 Appt 6
(Rond Point George) El Oulfa - Casablanca
Tél : 06 66 24 24 24 - 06 66 24 24 24

Nom & Prénom : SOUGRAÏ ASMA

Date : 31.04.2023



عيادة فحص و تشخيص أمراض القلب و الشرايين

CABINET DE CONSULTATION & EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

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

د. محمد المهدي العلوي
إختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

Compte rendu d'échocardiographie – Doppler

Nom : SOUGRATI
Prénom : ASMA

Date d'examen : 31/07/2023
Age : 59ans

Motif : VPA Gynéco

Examen réalisé par un échographe VIVID S5

Mesures TM

DTDvg / DTSvg = 44 / 26 mm, SIV / PP = 07 / 07 mm, FE VG = 72 %
Masse VG ind : 48 g/m²

Commentaires TM / 2D

- Ventricule gauche est non dilaté avec une fonction systolique correcte calculé à **62 %** en Simpson biplan (Volume VG télédiastolique : 62 ml, Volume VG télésystolique : 24 ml).
- **Cinétique VG correcte**
- **bourrelet sous aortique non obstructif.**
- Ventricule droit est non dilaté avec une fonction longitudinale correcte.
- Valves mitrales sont fines de bonne ouverture.
- Sigmoïdes aortiques aux nombre de 3, sans fuite avec une bonne ouverture valvulaire.
- Massif auriculaire libre d'écho : oreillette gauche S OG = 21 cm² (**Vol OG : 28 ml/m²**), oreillette droite S OD = --- cm²
- Pas de CIA, pas d'ASIA ni de FOP.
- Voie pulmonaire libre
- Mesure de l'aorte : Sinus Valsalva : 31 mm – jct sino-tubulaire : 32 mm – Aorte tubulaire : 32 mm – Aorte abdo : 22 mm.
- Péricarde sec.
- La VCI Compliante.

Au Doppler Fusion de E/A e' latérale : 0,26 / e' septale : 0,18 E/é moy : 7.
Sa tricuspidé : 0,16 m/s S'm L : 0,15 m/s / S'm S : 0,09 m/s
VTI sa : 20,7 cm **Débit cardiaque : 6,76 l/min** V max aortique : 1,39 m/s.
Pas de fuite mitrale ; Pas de fuite aortique.

AU TOTAL : Cardiopathie hypertensive avec une bonne fct systolique du VG , fct diastolique du VG normale , pas de valvulopathie , OG non dilatée libre de thrombus , aorte non dilatée , bon VD , pressions basses , péricarde sec .

*Lot Moulay Youssef, N° 141 Bd. N°21 Etg 1 Appartement 6,
(Rond Point Goussier) El Guila - Casablanca*

Nom : **Sougrati**
Prénom : **Asma**
IDP : **347 E**
Visite : **--**
Date : **31.07.2023**
Heure : **14:42:11**

Né le : **01.01.1964**
Sexe : **Féminin**
Taille : **-- cm**
Poids : **-- kg**
PA : **122 / 74 mmHg**
Origine : **Non défini**

FC : **103 /min** RR : **585 ms**
Axe P : **60 °** P : **114 ms**
Axe QRS : **34 °** PQ : **244 ms**
Axe T : **47 °** QRS : **81 ms**
QT : **328 ms**
QTc : **429 ms**

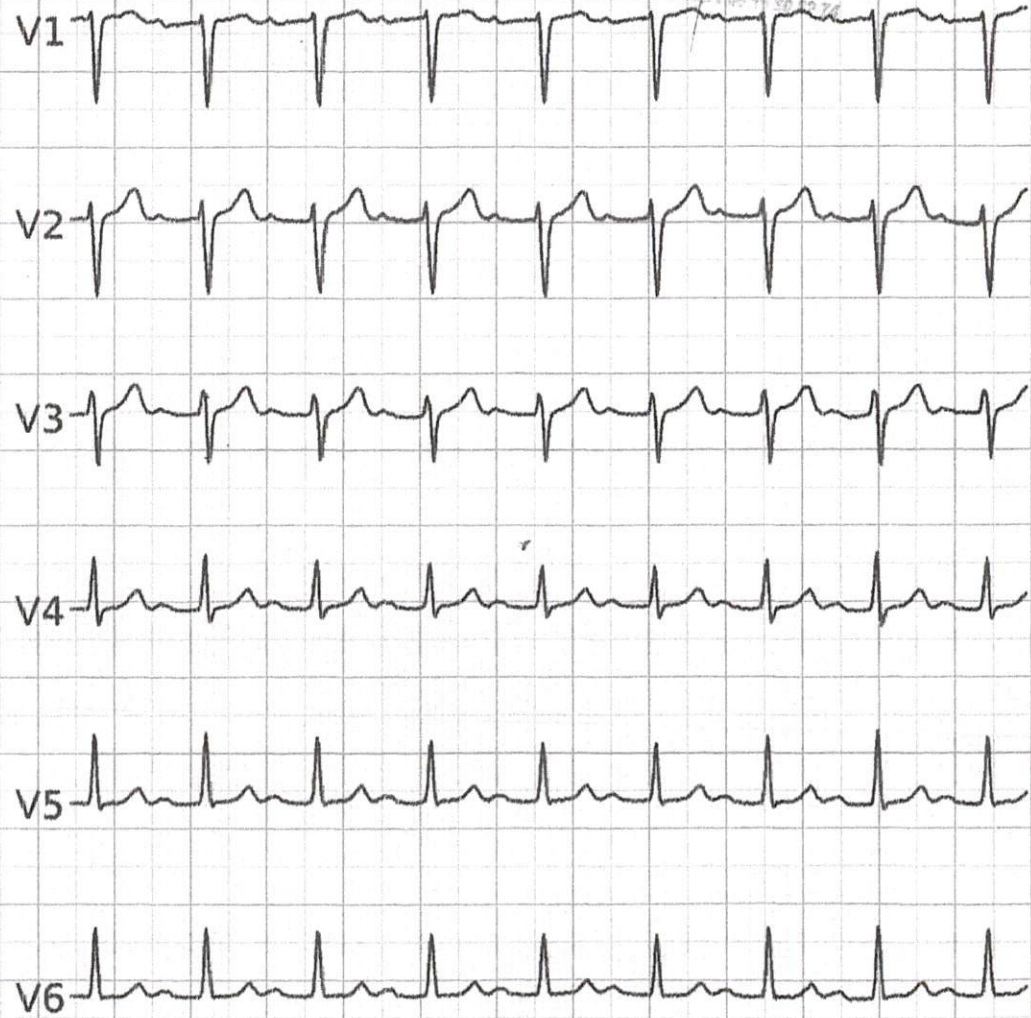
Validé par :
Tachycardie sinusale
Intervalle PR allongé
Axe électrique normal
ECG anormal

ID demande :
Remarques :
Traitement :

Émetteur de la

*Dr. Mohamed MOHAMED ALI
Spécialiste des Maladies du Cœur
et des Hypertensions*

*Consulting Team, 1101 Rd. Hana, Apt 6,
(Road from George) El Oulid - Casablanca
Tel: 05 39 39 39 39 - Email: mohamed.ali@medecine.ma*



1 mV
1 s

FPB 25 Hz, CA 50Hz

10 mm/mV, 25 mm/s

