

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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.

Prothésaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 canalaires.

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

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0010940

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1419 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAFRI Tustapha

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : CHAFRI Tustapha Age :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-010940

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes, d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Le bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE
HOSPITALISATION EN HOPITAL
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
HOSPITALISATION EN MAISON DE REPOS
ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
de répétitions en plusieurs séances ou actes
successifs comportant un ou plusieurs échelonnements
dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

En cas d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit venir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord.

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade.



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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 1583516

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : CHAFKI MUSTAPHA
Matricule : 7419 Fonction : CCI Poste :
Adresse :
Tél. : 0662255101 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : CHAFKI Mustapha Age :
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : Docteur sur une Hypertension
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A Casablanca le 04/12/2020
Signature et cachet du médecin :
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION

Matricule N° : 1583516
Nom du patient :
Date de dépôt :
Montant engagé
Nombre de pièces jointes :

ACCUEIL



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
04/12/20	+ G		300,00	
	HOLTER		1000,00	
	TENTIONNEL			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/12/2020	167,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANT DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>B</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			25533412	H	21433552	00000000		00000000	00000000	D	00000000	35533411	B	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	25533412	H	21433552													
	00000000		00000000													
	00000000	D	00000000													
	35533411	B	11433553													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr Hind EL FILALI ADIB

Cardiologue

Cardiologie Interventionnelle

Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux

Epreuve d'effort-Echographie cardiaque

Readaptation cardiaque

الدكتورة هند الفيلالي أديب

أخصائية في أمراض القلب والشرايين

أخصائية في قسطرة أمراض القلب والشرايين

خريجة كلية الطب ببوردو

فحص القلب بالصدى - اختبار الجهد

إعادة التأهيل القلبي

M. CHAFKI MUSTAPHA

le : 05/12/2020

Ordonnance

COVERSYL 10mg 1CP/J LE MATIN

167,30



REGIME PEU SALE

QSP 1 MOIS

Dr. Hind EL FILALI ADIB
Cardiologue
Cardiologie Interventionnelle
120, Bd. My Idriss 1er - Résidence My Idriss
2ème Etage - N° 4 - CASABLANCA
Tel. 0522 86 20 74 - Fax: 0522 86 20 78
ICE : 001625537000001

Docteur Hind EL FILALI



Ambulatory Blood Pressure Report

Nom : CHAFKI MUSTAPHA ID : HAFAT
Début de l'enregistrement: 2020/12/4 13:10 Fin de l'enregistrement: 2020/12/5 11:34 Durée: 22H24M

Information de Patient

ID : HAFAT Age:
Nom : CHAFKI MUSTAPHA Sexe: Homme
Adresse: Taille: CM
Poids: KG
N° Sorti patient: Nationalité:
Admission No: Date de Naissance:
Lit N°: Téléphone:
Département No: Email:

Médicaments Actuels

Examiner Résultat

Tous les Moyennes Bp: 144.9/88.1mmHg
Moyennes Bp du jour: 143.7/87.5mmHg Seuil BP: 140/90mmHg
Moyennes Bp du Nuit: 153.0/92.0mmHg Seuil BP: 120/80mmHg
Valeur de charge BP de jour: Normale<40% Valeur de charge BP de nuit: Normale<50%
SYS(>140mmHg) 69.2% SYS(>120mmHg) 100.0%
DIA(>90mmHg) 61.5% DIA(>80mmHg) 100.0%
SYS Max 183mmHg Sur 2020/12/4 18:15 SYS Min 0mmHg Sur 2020/12/5 11:32
DIA Max 114mmHg Sur 2020/12/4 13:45 DIA Min 0mmHg Sur 2020/12/5 11:32
Rythme Circadien de la BP:SYS Nuit. -6.5% DIA Nuit. -5.1% Normale:10%-15%
BP CV: Tous: SYS 29.1% DIA 30.2% Indice Athérogène: 0.40
Jour: SYS 31.4% DIA 32.6%
Nuit: SYS 3.3% DIA 3.3%

Commentaire & Diagnostique

Présence d'une Hypertension Systolique-diastrlique.

Dr. Hind EL FILALI ADIS
Cardiologue
Cardiologie Interventionnelle
120, Bd. My Idness 1er Résidence My Idness
2ème Etage - N° 4 CASABLANCA
Tél: 0522 86 20 74 - Fax: 05 22 86 20 74
00162557000091

Docteur

Assistant

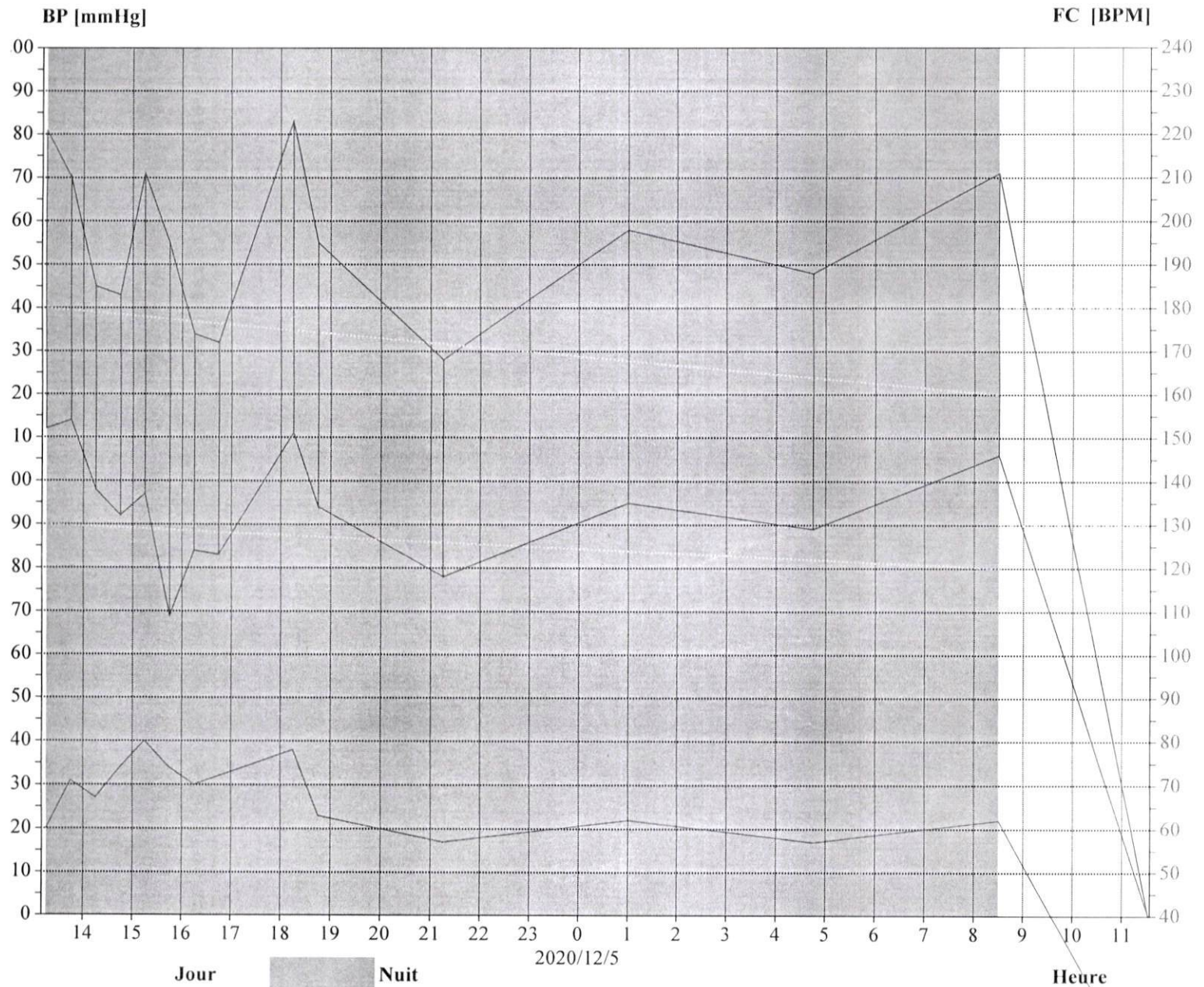
Date

Ce Rapport ne peut être utilisé à titre de référence clinique ; Il ne peut pas être utilisé comme preuve pour le diagnostic clinique.

Ambulatory Blood Pressure Report

Nom :	CHAFKI MUSTAPHA	ID :	HAFAT
Début de l'enregistrement:	2020/12/4 13:10	Fin de l'enregistrement:	2020/12/5 11:34
		Durée:	22H24M

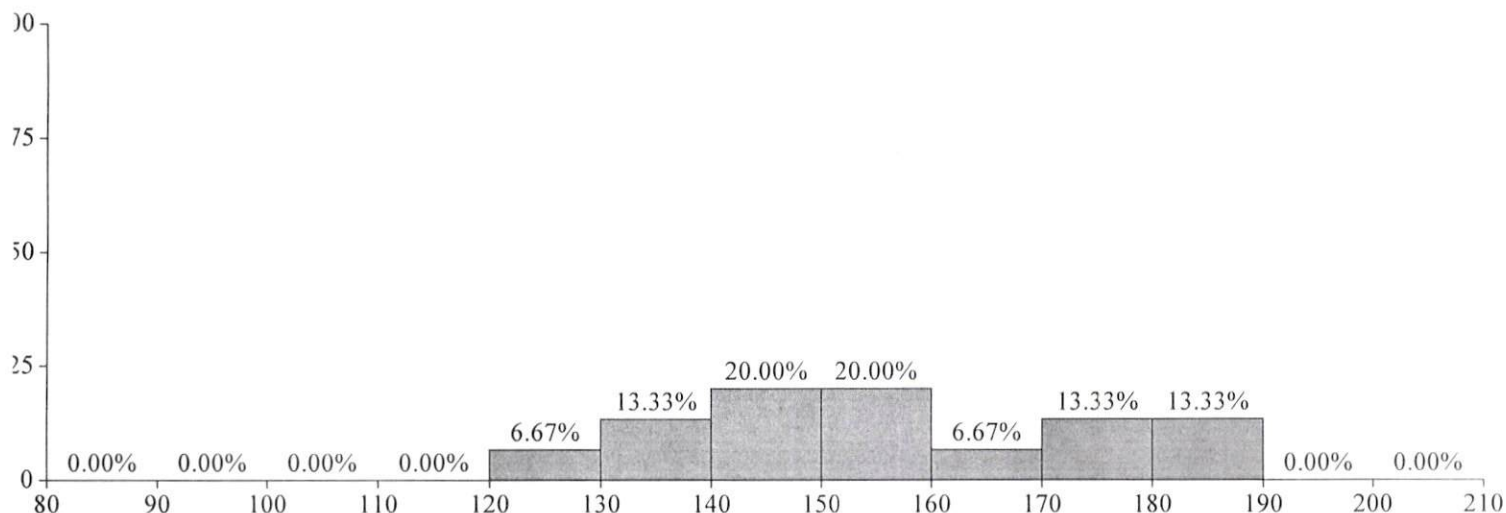
BP Tendance en fonction du temps



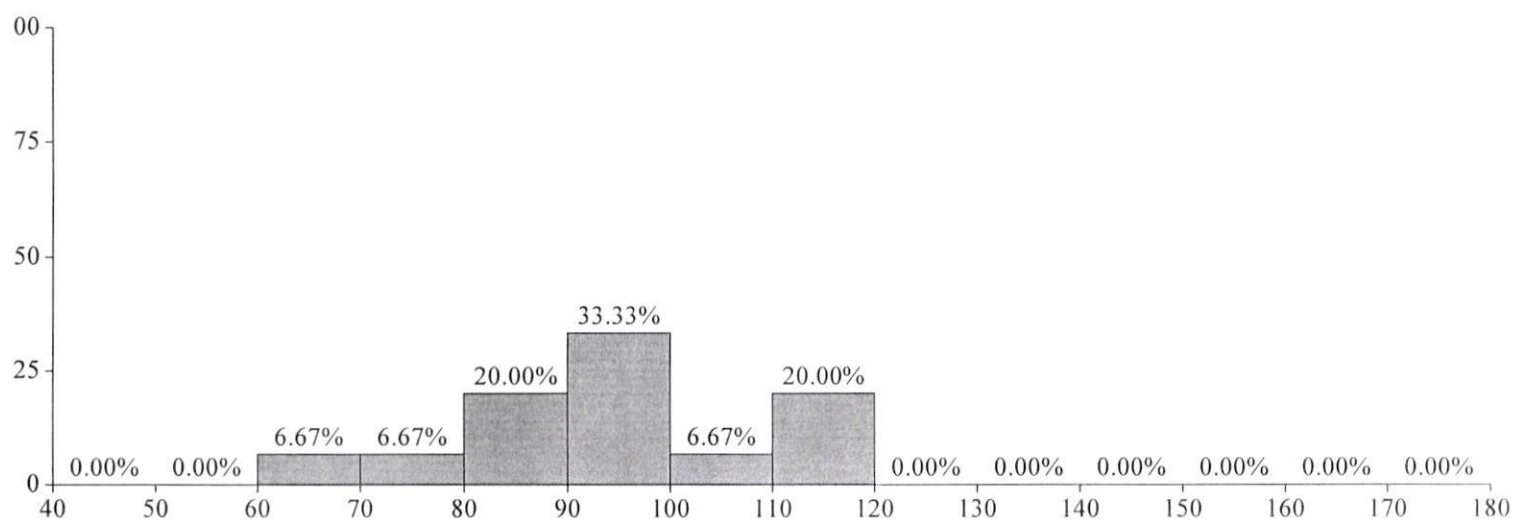
Ambulatory Blood Pressure Report

Nom :	CHAFKI MUSTAPHA	ID :	HAFAT
Début de l'enregistrement:	2020/12/4 13:10	Fin de l'enregistrement:	2020/12/5 11:34
		Durée:	22H24M

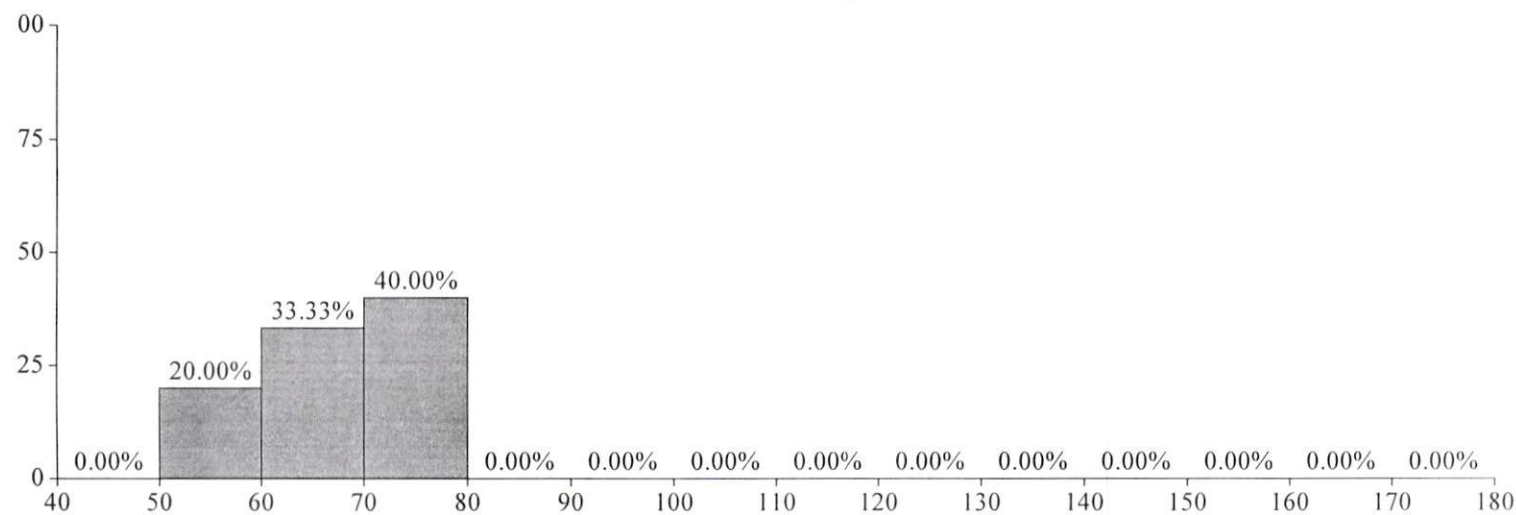
Histogramme (Tout)



Systole(mmHg)



Diastole(mmHg)



FC(bpm)

Ambulatory Blood Pressure Report

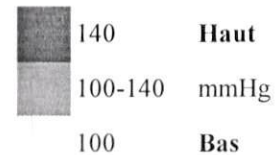
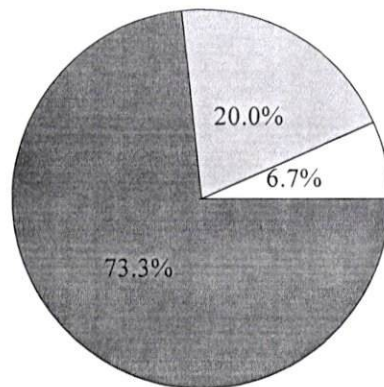
Nom :	CHAFKI MUSTAPHA	ID :	HAFAT
Début de l'enregistrement:	2020/12/4 13:10	Fin de l'enregistrement:	2020/12/5 11:34
		Durée:	22H24M

Camembert (Tout)

Max: 183(mmHg)(18:15)

Min: 0(mmHg)(11:32)

Moy: 144.93(mmHg)

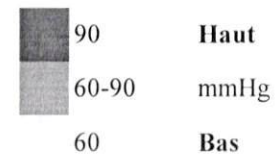
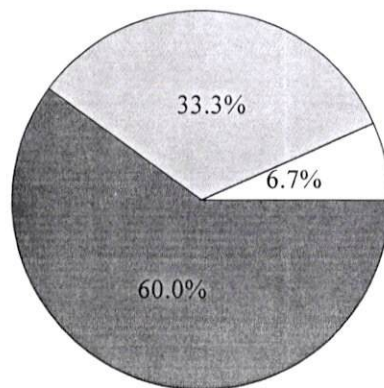


Systole (mmHg)

Max: 114(mmHg)(13:45)

Min: 0(mmHg)(11:32)

Moy: 88.13(mmHg)

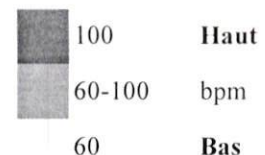
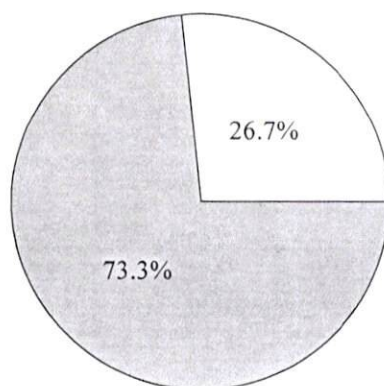


Diastole (mmHg)

Max: 80(bpm)(15:15)

Min: 0(bpm)(11:32)

Moy: 63.13(bpm)



FC (bpm)

Ambulatory Blood Pressure Report

Nom :	CHAFKI MUSTAPHA	ID :	HAFAT
Début de l'enregistrement:	2020/12/4 13:10	Fin de l'enregistrement:	2020/12/5 11:34
		Durée:	22H24M

. Les Données Mesurées

Num	Date	Heure	Sys	Map	Dia	PP	FC	Etat	Commentaire
1	2020/12/4	13:15	181	141	112	69	60	0	
2	2020/12/4	13:45	170	126	114	56	71	0	
3	2020/12/4	14:15	145	114	98	47	67	0	
4	2020/12/4	14:45	143	106	92	51	74	0	
5	2020/12/4	15:15	171	122	97	74	80	0	
6	2020/12/4	15:45	155	110	69	86	74	0	
7	2020/12/4	16:15	134	97	84	50	70	0	
8	2020/12/4	16:45	132	96	83	49	72	0	
9	2020/12/4	18:15	183	131	111	72	78	0	
10	2020/12/4	18:45	155	108	94	61	63	0	
11	2020/12/4	21:15	128	97	78	50	57	0	
12	2020/12/5	01:00	158	112	95	63	62	0	
13	2020/12/5	04:45	148	114	89	59	57	0	
14	2020/12/5	08:30	171	133	106	65	62	0	
15	2020/12/5	11:32	0	0	0	0	0	19	Temps Mesure Dénassé