

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

- Reclamation : 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° W19-441475

24976

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8384 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELKHOUBOURADDINE

Date de naissance : 24-2-1968

Adresse : LISSASFA LOT ZOU BIR IMM 24 APPT 4

Tél. : 0664 307577

Total des frais engagés : 800 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10.03.2020

Nom et prénom du malade : ELKHOUBOURADDINE

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Suspicion d'HTA

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 : ACCUEIL SIEGE RAM le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
10.03.2020	Holter		8000dh	INP : 0191043881
	reusmael			
	de 24h			

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

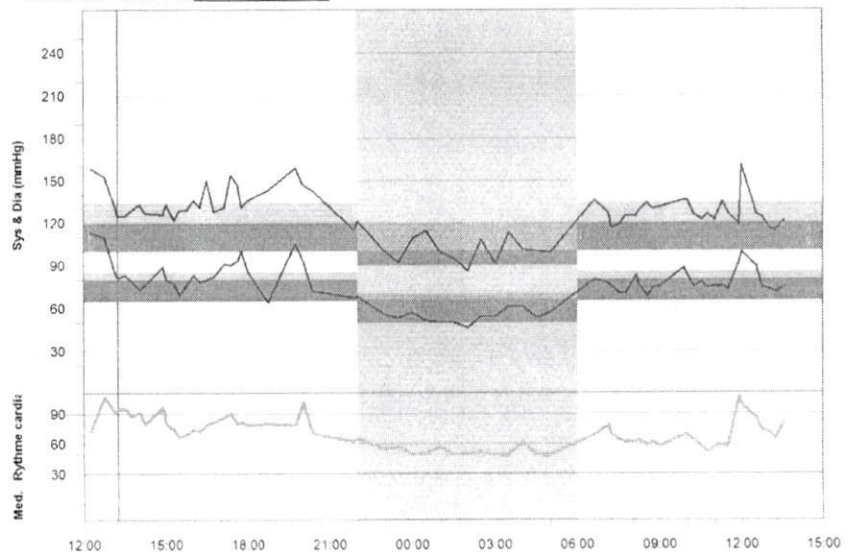
WatchBP[®] O3

Rapport MAPA sur 24h

Médecin: Dr SENHAJI BOUCHRA

Date de lecture 10/03/2020

Numéro du patient : 10018		
Nom : NOUREDDINE EL KHOU		
Sexe : Homme		
Age : 58		
Date de naissance : 24/02/1962		
Programme de jour et de nuit		
Heure	Intervalle	
Jour : 06 ~ 22	15 min	
Nuit : 22 ~ 06	30 min	
Observé jour et nuit		
Levé : 06 ~ 22 h		
Couché : 22 ~ 06 h		
Chiffres limites Tension artérielle		
Jour: 135/85 mmHg		
Nuit : 120/70 mmHg		



Mesures	Pression artérielle moyenne (SD)							Fenêtre d'Hypertension Blouse Blanche		
	Sys	Dia	RC	PAM	PP	FA		Sys	Dia	RC
Nombre total : 88	24-Hr 124 (18)	74 (16)	68 (14)	86 (18)	50	9(66)		Mesures 3	3	3
Valides : 66 (75,0%)								Max 1ère Heure 159	113	106
FA : 9 (13,6%)								Baisse de tension nocturne (DIP) %		
Tension artérielle Load	Jour 134 (12)	82 (11)	75 (11)	95 (12)	52	6(52)		Sys	Dia	
Mesures Jour ≥ 135/85 42,3%	Nuit 103 (9)	56 (6)	53 (6)	65 (6)	47	3(14)		Dip%	22,9	31,9
Mesures Nuit ≥ 120/70 7,1%										

Date/Heure	Sys	Dia	RC	PAM	FA	Date/Heure	Sys	Dia	RC	PAM	FA	Date/Heure	Sys	Dia	RC	PAM	FA
10/03/2020						20:03	147	93	101	101		08:33	134	68	58	88	
12:15	159	113	71	134		20:22	143	72	70	86		08:40	130	74	61	98	
12:45	153	110	106	117		21:53	115	67	62	87		09:00	131	75	57	83	
13:08	132	85	91	92		22:00	121	68	65	78		09:53	136	88	68	95	
13:15	125	81	93	87	1	23:03	99	55	54	65		10:00	136	83	68	91	
13:30	125	83	95	91		23:30	92	53	56	57		10:15	126	75	64	100	
13:45	129	79	87	88		11/03/2020						10:33	122	78	56	86	
14:03	133	73	91	76		00:00	109	57	49	63		10:45	126	74	51	82	
14:15	127	76	79	87		00:30	114	51	50	71	1	11:00	122	75	57	86	
14:53	126	89	96	98		01:00	99	50	56	57		11:18	135	75	58	97	
15:00	133	80	80	89		01:30	95	50	49	72	1	11:30	127	73	56	94	
15:18	122	77	73	81		02:00	86	46	50	53		11:54	119	92	106	101	1
15:30	129	69	66	77		02:30	108	54	51	61		12:01	161	99	98	110	
15:45	129	76	69	83		03:00	91	54	49	57		12:33	126	89	85	97	
16:00	136	83	74	93		03:30	113	61	48	70		12:45	124	74	73	81	
16:15	131	78	72	103		04:01	101	61	61	68	1	13:03	116	73	71	78	
16:30	150	80	79	90	1	04:30	100	53	49	60		13:15	114	71	65	81	
16:46	128	82	81	87		05:00	99	57	48	61		13:33	121	74	80	84	
17:08	131	91	86	105		06:38	136	80	68	105							
17:23	154	90	90	102	1	07:09	127	77	78	84							
17:38	147	93	80	107	1	07:15	116	75	69	85							
17:45	131	100	81	118		07:33	119	70	63	77							
18:00	136	85	78	102		07:45	125	70	62	80							
18:46	143	64	80	92		08:08	125	83	61	106	1						
19:45	159	105	78	114		08:15	128	76	63	86							

Commentaire:

Normotension 24h, Normotension diurne, Normotension nocturne, Hypertension blouse blanche, Extreme Dipper

Signature:

Holter tensionnel ds 24heures normal, à recréer dans 6 mois.

01, Lot. 63 Al Oula
Imm. N° 3 Anpt LE Oula
Casablanca
Tél: 65 22 05 95 62

Dr. SENHAJI Bouchra

CARDIOLOGUE

Adresse : 01, Lot.03 Al Firdaous GH 1A

Imm. N°3 Appt.1 El Oulfa, Av. Oum Errabie

TEL : 0522 59 98 02

INPE : 091043224

ICE : 002041114000084

Casablanca le : 10/03/2020

Mr : EL KHOU NOUREDDINE

Facture N° 88 /2020

Description	Quantité	Honoraires en DH
HOLTER TENSIONNEL	1	Huit cent dirhams 800dh

Dr. SENHAJI Bouchra
CARDIOLOGUE
01, Lot. 03 Al Firdaous GH 1 A
Imm. N° 3 Appt 1 El Oulfa
Casablanca
Tél : 05 22 59 98 02



Dr. SENHAJI Bouchra
CARDIOLOGUE
01, Lot. 03 Al Firdaous GH 1 A
Imm. N° 3 Appt 1 El Oulfa
Casablanca
Tél : 05 22 59 98 02