

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.

Biologie 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.

Education :

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.

Prothétique :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

13121

Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricule : 11186 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUSSA FAKIR AN M E D

Date de naissance : 10/05/1975

Adresse : LES FAJR 1 MM NOUAMAN N°5 BERNOUSSI

Tél. : 06-73-36-29-09 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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.

ACCUEIL

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 : 19/12/19

Signature de l'adhérent(e) :

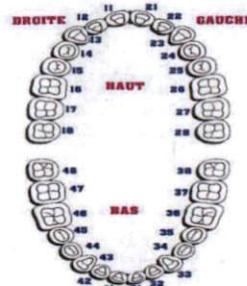
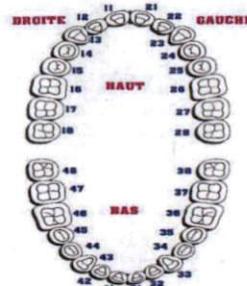


SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution Coefficient des travaux Montant des soins Date du devis Fin de
					
					
D.O.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
	H	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G	
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT	NOM :	Mme
DECLARATION N°	W18-403805	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-403805

DATE DE DEPOT

28/11/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme 11184

Signature de

Saoud latifa / MOUSSAFIR AHMED

Signature de

l'adhérent

Nom & Prénom : Saoud latifa / MOUSSAFIR AHMED

Fonction : Agent Phone. 06/73/36/29/89

Mail : 

MEDECIN Prénom du patient

Adhérent Conjoint Enfant Age Date 22/11/2018

Nature de la maladie : hypertension artérielle / 11/2018

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires

Holker ténuonule 700 DH

PHARMACIE Date

Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date :

Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX Date :

Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

CACHET

CACHET

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRE		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des				
DROITE	12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33				Montant des soins				
GAUCHE	13 14 20 29 30 35 36 37 38 41 42 43 44								
HAUT	15 16 17 18				Début d'exécution				
 BAS	45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58				Fin d'exécution				
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire				Coefficient des travaux				
DROITE	12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33	H			Montant des soins				
GAUCHE	13 14 20 29 30 35 36 37 38 41 42 43 44	D	G						
HAUT	15 16 17 18	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553						
 BAS	45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession							
Visa et cachet du praticien attestant le devis									
Visa et cachet du praticien attestant l'exécution									

剪刀

at

VIOLET ADHERENT

DECLARATION N°

W18-403804

Date de Dépôt

Montant engagé

Date de Dépot

Maintain engage

Page 7

二〇一〇年

Durée de validité

cette feuille est à

Il est entendu que le règlement

ment est conditionné

justificatifs exigés par la

utuelle



W18-403804

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme	Signature de l'adhérent Signature de l'adhérent
Nom & Prénom			
Fonction :	Phones.....		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie	Date 22/11/2011 Date 1ère visite		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
PHARMACIE Date			
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATION CARDIOVASCULAIRE
Dr. BAADDY NAIMA

CASABLANCA le :22/11/2019

NOTE D'HONORAIRE

Nous présentons nos sincères salutations à Mme SAoud
LATIFA et arrêtons la présente note d'honoraire à la somme
d'holter tensionnel 700DH
..... SEPT CENT DIRHAMS

الدكتورة بعادي نعيمة
Dr. BAADDY Naima
طبيبة اخصائية في أمراض القلب والشرايين
Cité Almads Tranche 1 Rue 16 Numéro 75
1er Etage Sidi Bennoussi Casablanca
Tél.: 0527 213535
الدكتور بعادي نعيمة
Dr. BAADDY Naima
طبيبة اخصائية في أمراض القلب والشرايين
Cité Almads Tranche 1 Rue 16 Numéro 75
1er Etage Sidi Bennoussi Casablanca
Tél.: 0527 213535

Rapport de pression artérielle ambulatoire

Nom :	SAOUD	ID :	LATIFA
Début du test:	2019/11/22 13:30	Fin du test	2019/11/23 12:31

Information patient

ID :	LATIFA	Âge:	
Nom :	SAOUD	Homme/Femme:	Male
Adresse:		Taille:	--cm
		Poids:	--kg
N° sortie patient :		Nationalité:	
N ° d'entrée:		Date de naissance:	
N ° de lit:		Téléphone:	
Département No.:		Email:	

Médicaments actuels

S/S Co-Acard.

Examiner le résultat

Toutes les moyennes de BP: 105.4/63.3mmHg

Moyennes Bp du jour : 111.0/67.1mmHg Seuil BP: 140/90mmHg

Moyennes Bp de Nuit : 92.4/54.3mmHg Seuil BP: 120/80mmHg

Valeur de charge BP de jour: Normale<40%

Valeur de charge BP de nuit: Normale<50%

SYS(>140mmHg) 0.0%

SYS(>120mmHg) 0.0%

DIA(>90mmHg) 0.0%

DIA(>80mmHg) 0.0%

SYS Maximum 133mmHg Heure 2019/11/23 12:00 SYS Minimum 78mmHg Heure 2019/11/23 00:45

Maximum DIA 79mmHg Heure 2019/11/23 12:00 Minimum DIA 42mmHg Heure 2019/11/23 00:45

Rythme circadien BP:SYS Nuit Des 16.7% DIA Nuit Des. 19.0% Normal:10%-15%

BP CV: Tous:SYS 13.0% DIA 16.5% Index athérogène: 0.3

Jour:SYS 10.3% DIA 12.5%

Nuit:SYS 9.9% DIA 17.1%

Commentaires & diagnostique

- Profil tensionnel type HTA bien équilibré
- (dipper)

Dr. BAADDY Naima
Cardiologue
Cité Al Ghadis Tranche 1 Rue 16 Numéro 10
Tél.: 05 22 70 00 00 Casablanca

Docteur

Assistant

Date

21/11/2019

Rapport de pression artérielle ambulatoire

Nom :	SAOUD		ID :	LATIFA
Début du test:	2019/11/22 13:30	Fin du test	2019/11/23 12:31	Durée: 23Heure1Minute

Données Mesurées

Num	Date	Heure	Sys	Moy	Dia	PP	FC	Etat	Commentaire
1	2019/11/22	14:00	109	81	67	42	75	0	
2	2019/11/22	14:30	118	95	78	40	98	0	
3	2019/11/22	15:00	114	83	70	44	82	0	
4	2019/11/22	15:30	123	86	71	52	83	0	
5	2019/11/22	16:00	101	67	54	47	79	0	
6	2019/11/22	16:30	100	73	60	40	78	0	
7	2019/11/22	17:00	119	92	78	41	74	0	
8	2019/11/22	17:30	124	95	78	46	81	0	
9	2019/11/22	18:00	118	86	73	45	75	0	
10	2019/11/22	18:30	105	83	65	40	78	0	
11	2019/11/22	19:00	112	86	72	40	78	0	
12	2019/11/22	19:30	107	81	57	50	78	0	
13	2019/11/22	20:00	115	85	71	44	78	0	
14	2019/11/22	20:30	115	88	71	44	79	0	
15	2019/11/22	21:00	118	85	71	47	80	0	
16	2019/11/22	21:30	120	96	75	45	78	0	
17	2019/11/22	22:00	112	84	71	41	77	0	
18	2019/11/22	22:30	110	85	72	38	74	0	
19	2019/11/22	23:15	95	68	53	42	74	0	
20	2019/11/23	00:00	89	65	52	37	78	0	
21	2019/11/23	00:45	78	53	42	36	75	0	
22	2019/11/23	01:30	90	60	47	43	76	0	
23	2019/11/23	02:15	102	78	62	40	71	0	
24	2019/11/23	03:00	106	81	67	39	68	0	
25	2019/11/23	03:45	83	55	44	39	70	0	
26	2019/11/23	04:30	88	65	53	35	68	0	
27	2019/11/23	05:15	86	59	46	40	68	0	
28	2019/11/23	06:00	95	76	64	31	63	0	
29	2019/11/23	06:45	87	62	50	37	68	0	
30	2019/11/23	07:00	86	63	53	33	63	0	
31	2019/11/23	07:30	93	65	52	41	67	0	
32	2019/11/23	08:00	110	85	69	41	72	0	
33	2019/11/23	08:30	92	67	52	40	69	0	
34	2019/11/23	09:00	93	66	53	40	65	0	
35	2019/11/23	09:30	107	79	66	41	69	0	
36	2019/11/23	10:00	101	76	64	37	69	0	
37	2019/11/23	10:30	111	82	64	47	74	0	
38	2019/11/23	11:00	122	87	73	49	85	0	
39	2019/11/23	11:30	130	90	71	59	83	0	
40	2019/11/23	12:00	133	95	79	54	101	0	

* Ce rapport n'est pas utilisable que pour la référence clinique, il ne peut pas être utilisé comme preuve du diagnostic

Rapport de pression artérielle ambulatoire

Nom : SAOUD

ID : LATIFA

Début du test: 2019/11/22 13:30

Fin du test

2019/11/23 12:31

Durée:

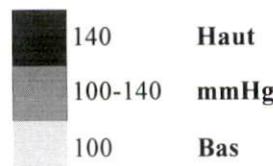
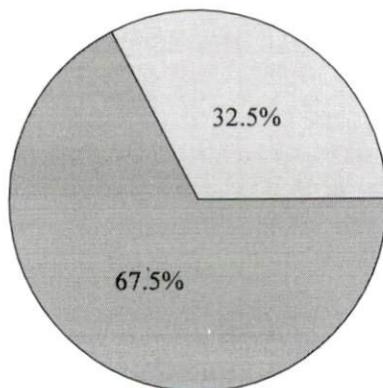
23Heure1Minute

Camembert(Tout)

Max: 133(mmHg)(12:00)

Min: 78(mmHg)(00:45)

Moy: 105.43(mmHg)

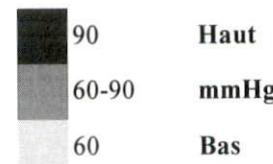
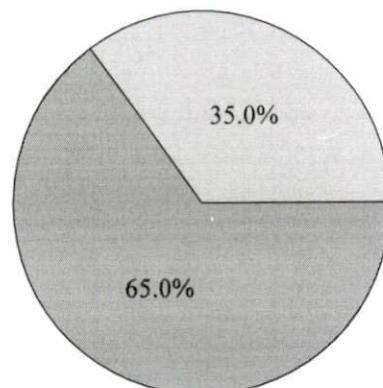


Systole (mmHg)

Max: 79(mmHg)(12:00)

Min: 42(mmHg)(00:45)

Moy: 63.25(mmHg)

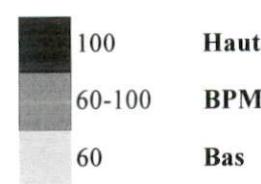
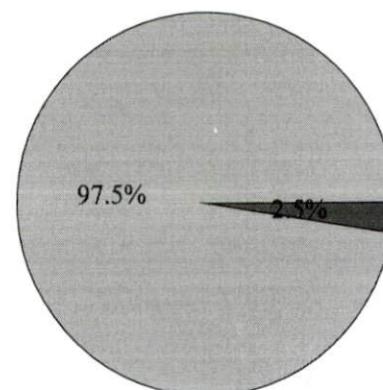


Diastole (mmHg)

Max: 101(BPM)(12:00)

Min: 63(BPM)(07:00)

Moy: 75.53(BPM)



FC (bpm)

Rapport de pression artérielle ambulatoire

Nom : SAOUD

ID : LATIFA

Début du test: 2019/11/22 13:30

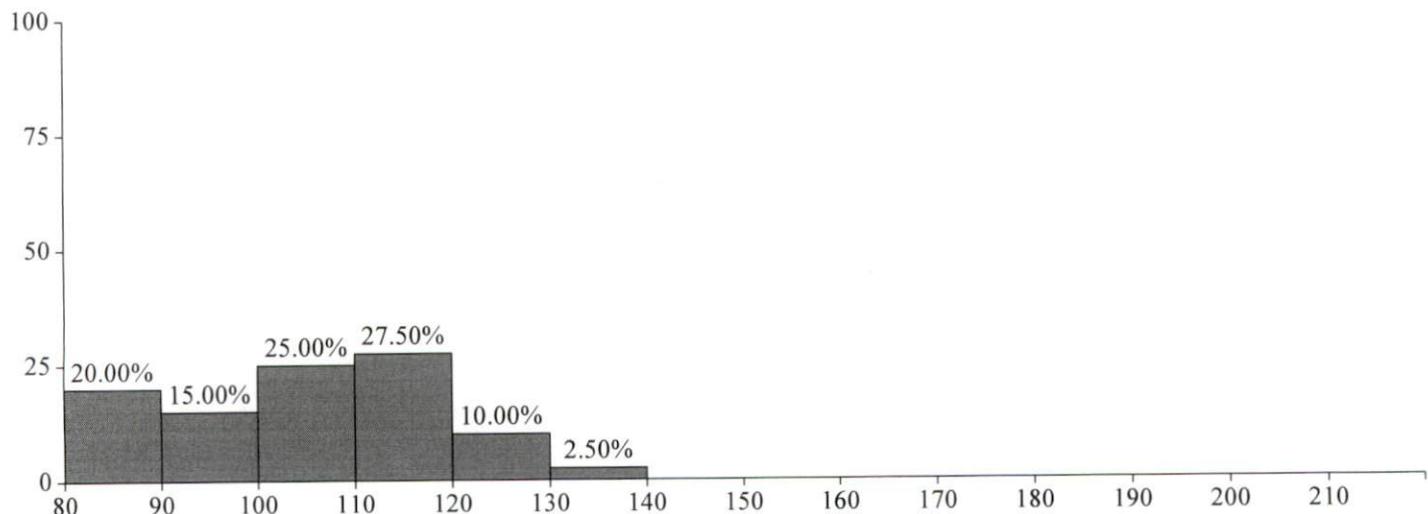
Fin du test

2019/11/23 12:31

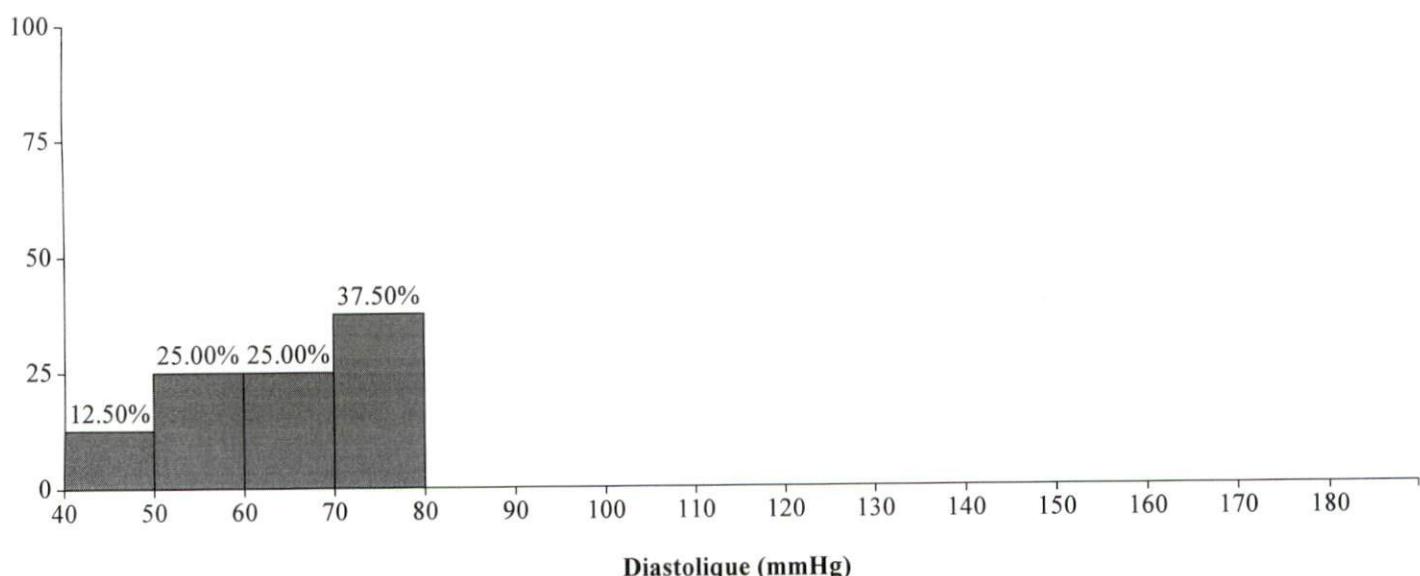
Durée:

23Heure1Minute

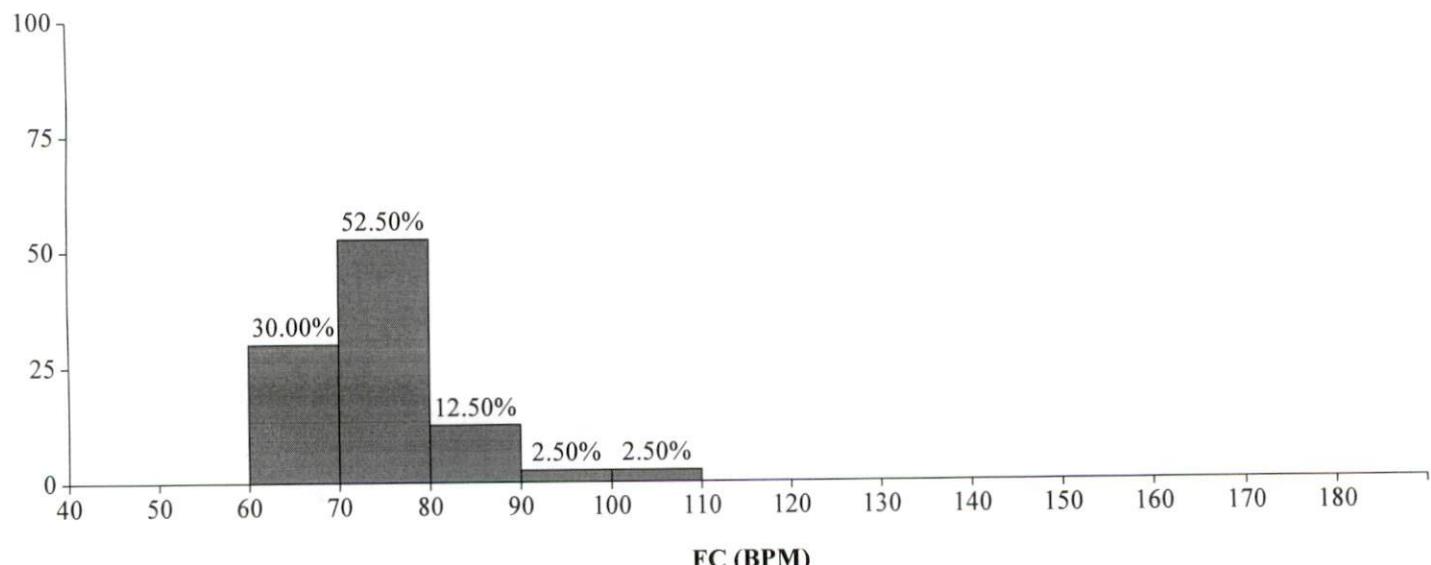
Histogramme(Tout)



Systole(mmHg)



Diastolique (mmHg)



FC (BPM)

Rapport de pression artérielle ambulatoire

Nom : SAOUD

ID : LATIFA

Début du test: 2019/11/22 13:30

Fin du test

2019/11/23 12:31

Durée:

23Heure1Minute

Tendance BP

