

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.

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.

Educateur :

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.

Prothèse :

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° P19- 0043528

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11186 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUSSAFIR ANMED

Date de naissance : 10/05/1975

Adresse : LES FAIR IMM NOUAMAN N°5 BERNOUSSE

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.

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.

Veillez fournir une facture

Veillez 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	Coefficient des																
				Montant des soins																
				Début d'exécution																
				Fin d'exécution																
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis																	
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de																	

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle	
DECLARATION N°	W18-403805	Cachet MUPRAS	
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

20/11/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 11184	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom		Saoud Latifa / MUSSAFIR AHMED	
Fonction	Agent	Phones	06/93/36/29/09
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient		
Adhèrent	Conjoint	Enfant	Age
Nature de la maladie		Date 22/11/2019	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Date 1ère visite	
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
Halter tensionnel			700 DH
PHARMACIE	Date	Signature et cachet du Pharmacien	
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	CACHET
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	CACHET
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

DR BAADY Naina
Cardiologue
1er étage Sidi Bernoussi Casa Blanca
Tel: 05 22 75 18 35

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des soins										
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire													
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>G 00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D 00000000	G 00000000	35533411	11433553		
	H													
	25533412	21433552												
00000000	00000000													
D 00000000	G 00000000													
35533411	11433553													
(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 :

Mle

DECLARATION N°

W18-403804

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



W18-403804

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle

Nom & Prénom

Fonction :

Phones

Mail

Signature de
l'adhérent
Signature de
l'adhérent

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent ☐

Conjoint ☐

Enfant ☐

Age

Date

22/11/2018

Nature de la maladie

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

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

Montant détaillé des
Honoraires

AM

PC

IM

IV

CACHET

CASABLANCA le :22/11/2019

NOTE D'HONORAIRE

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

الدكتورة بعدي نعيمة
Dr. BAADDY Naima
Cardiologue
طبيبة اختصاصية في أمراض القلب والشرايين
Cité Almonds Tranche I Rue 16 Numéro 75
1er étage Sidi Bernoussi Casablanca
Tél.: 05 22 77 33 35
الدكتورة بعدي نعيمة
Dr. BAADDY Naima
Cardiologue
طبيبة اختصاصية في أمراض القلب والشرايين
Cité Almonds Tranche I Rue 16
1er étage Sidi Bernoussi Casablanca
Tél.: 05 22 77 33 35

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

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 équilibrée (clipper)

Docteur

Assistant

Date

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	

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

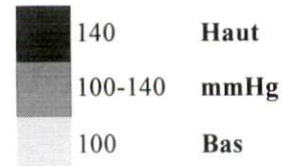
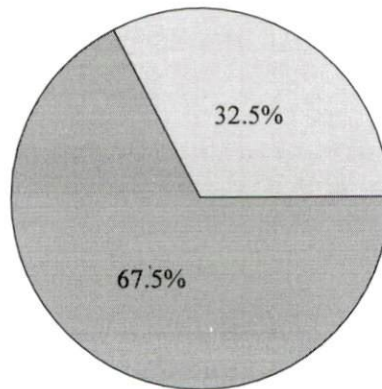
Durée: 23Heure1Minute

Camembert(Tout)

Max: 133(mmHg)(12:00)

Min: 78(mmHg)(00:45)

Moy: 105.43(mmHg)

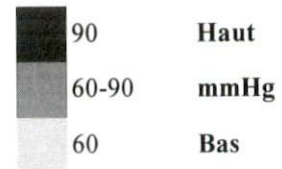
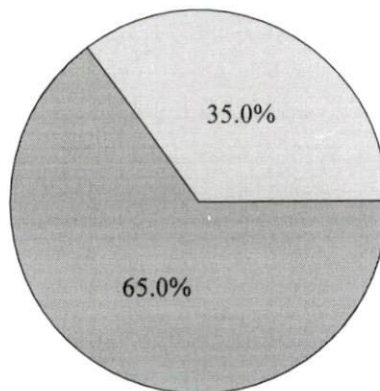


Systole (mmHg)

Max: 79(mmHg)(12:00)

Min: 42(mmHg)(00:45)

Moy: 63.25(mmHg)

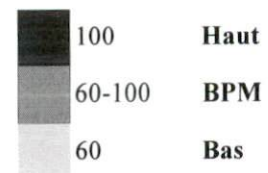
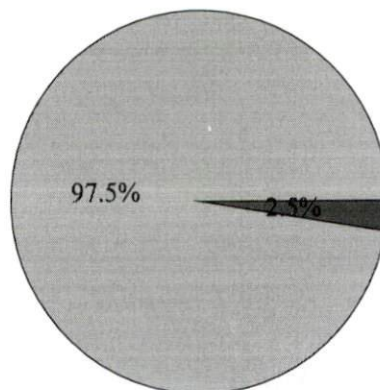


Diastole (mmHg)

Max: 101(BPM)(12:00)

Min: 63(BPM)(07:00)

Moy: 75.53(BPM)



FC (bpm)

Rapport de pression artérielle ambulatoire

Nom : SAOUD

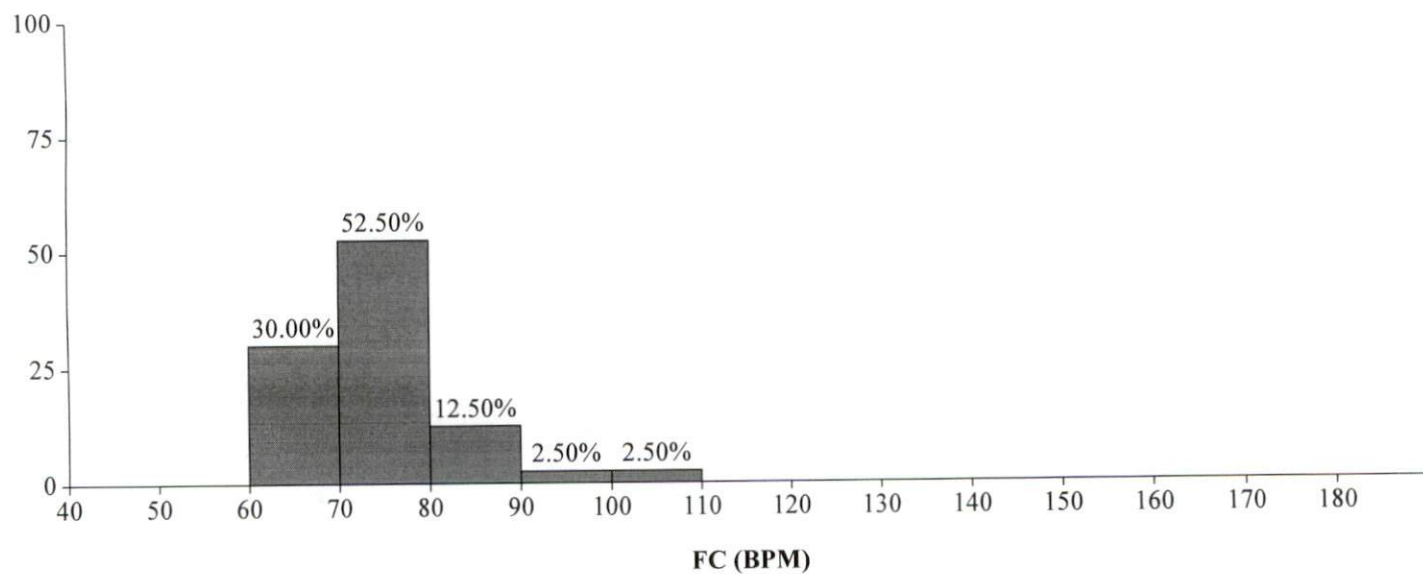
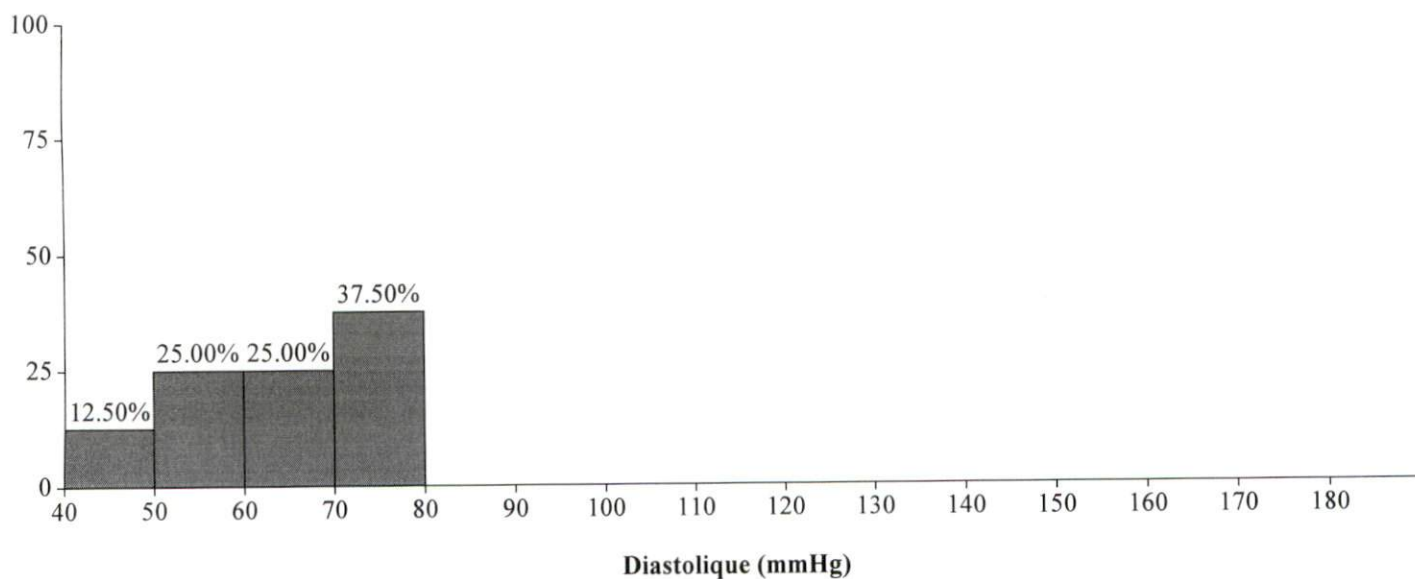
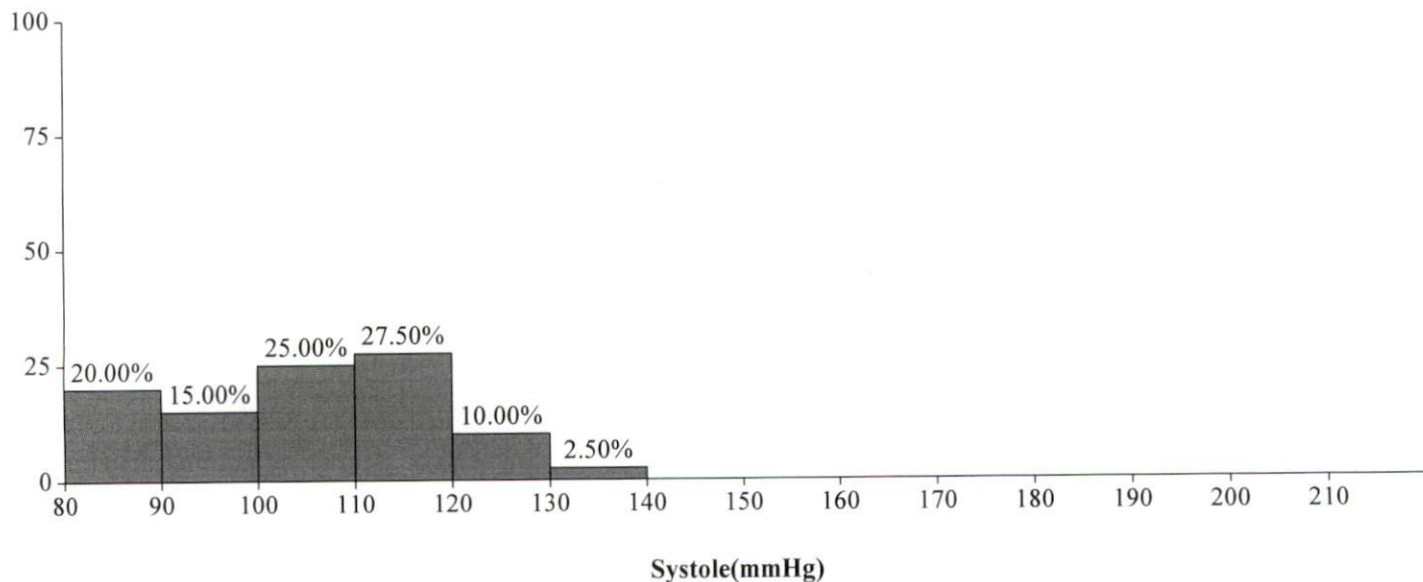
ID : LATIFA

Début du test: 2019/11/22 13:30

Fin du test 2019/11/23 12:31

Durée: 23Heure1Minute

Histogramme(Tout)



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

