

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

- 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 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° W19-454778

13023

C.A

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4503

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL KABIRI Mohamed

Date de naissance : 03/11/1960

Adresse : RES EL BOUSTANE, SECT 16 Hay Riad Rabat

Tél. : 0661173434

Total des frais engagés : 1100/00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Nadia SRAIRI
Cardiologue
Angle Avenue Mohamed V et Rue Hassan II
Imm B, Appt N° 6, 2ème étage Rabat
Tél/Fax : 05 37 73 32 22
N° INSEE : 30378000

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/11/2019 19 DEC. 2019

Nom et prénom du malade : M. EL KABIRI Mohamed

Age : 59 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : SNS 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 : Rabat

Le : 29/11/19

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
29/11/2015	consulte	1	300,00 DA	INP : [Signature]
09/11/2015	Actes 14	1	800,00 DA	

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

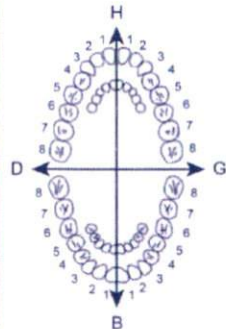
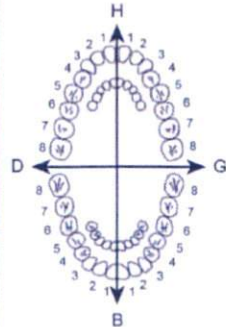
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 : [Signature]														
				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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Nadia SRAIRI
Spécialiste des maladies
cardio-vasculaires

Ancien interne du CHU Ibn Sina de Rabat
Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat
Diplôme d'échocardiographie de l'Université de Bordeaux
Diplôme de Réadaptation Cardiaque de l'Université de Bordeaux



الدكتورة نادية السرايري
أخصائية أمراض
القلب والشرايين

طبيبة داخلية سابقا بالمركز الاستشفائي الجامعي بالرباط
خريجة كلية الطب بالرباط
دبلوم تخصص طب صدى القلب من جامعة بوردو
دبلوم تأهيل القلب من جامعة بوردو

Rabat le 29/11/2019

Mr. EL KABIRI MOHAMED

FACTURE N°411/2019

CONSULTATION - ECG	300 DHS
HOLTER TENSIONNEL	800 DHS
TOTAL	1100 DHS

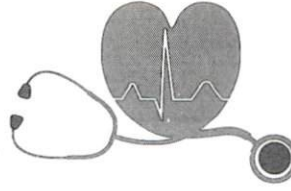
Arrêtée la présente facture à la somme de : mille cent dirhams

Patente : 25151317 / I.F : 20709513 / CNSS : 5251476 / ICE : 001841510000072

Dr. Nadia SRAIRI
Cardiologue
Avenue Mohammed VI et rue Bait Laim
B, Appt 4 - Rabat
Tél : 05 37 73 23 22
N° INSEE : 1178945

Dr. Nadia SRAIRI
Spécialiste des maladies
cardio-vasculaires

Ancien interne du CHU Ibn Sina de Rabat
Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat
Diplôme d'échocardiographie de l'Université de Bordeaux
Diplôme de Réadaptation Cardiaque de l'Université de Bordeaux



لدكتورة نادية السرايري
خصائية أمراض
القلب والشرايين

ليبية داخلية سابقا بالمركز الاستشفائي الجامعي بالرباط
تريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط
بلوم تخطيط صدى القلب من جامعة بوردو
بلوم إعادة تأهيل القلب من جامعة بوردو

RABAT, le 02/12/2019

Rabat, le

MESURE AMBULATOIRE DE LA PRESSION ARTERIELLE

PATIENT : M EL KABIRI MOHAMED

Chiffres tensionnels limites en consultation Labiles en ambulatoires .

INTERPRETATION :

La charge tensionnelle moyenne de 24H est de 124/76mmHg.

La charge tensionnelle diurne est de 129/80mmHg.

La charge tensionnelle nocturne est de 108/65mmHg.

La fréquence cardiaque moyenne des 24 h est de 66 cpm, diurne à 68cpm et nocturne 57cpm.

29.1% des mesures de la pression artérielle systolique diurne sont > 135 mmHg.

32.7% des mesures de la pression artérielle diastolique diurne sont > 85 mmHg.

11.8% des mesures de la pression artérielle systolique nocturne sont >120 mmhg.

11.8% des mesures de la pression artérielle diastolique nocturne sont >80 mmhg.

La pression artérielle systolique la plus élevée est de 176 mmHg enregistrée à 18H30 avec une fréquence de 96cpm

La pression artérielle diastolique la plus élevée est de 98mmHg enregistrée à 20H06 avec une fréquence de 69cpm.

Respect du cycle nycthéral.

Conclusion : Holter tensionnel en faveur d'un profil tensionnel normal.

Dr. N. SRAIRI

شارع محمد الخامس، زنقة بيت لحفم، عمارة «ب»، شقة رقم 6، الطابق الثاني، الرباط
Angle Avenue Mohammed V et rue Bait Lahm, Imm B, Appt N°6, 2ème étage - Rabat