

# 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 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

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.

M22- 0035186

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00543

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL K.H.A. L.F.

Med

Date de naissance : 01-01-1943

Adresse :

Tél. : 0660545557

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 :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie :

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 : El Jadida

Le : ..... / ..... /

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

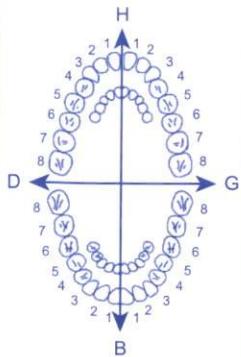
## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
G		
B		

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



العمليات الإنجياء، الأشعة والصور

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإنجيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

INPE et code à Barres

INPE et code à Barres

وصف العمليات المجرأة				
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
20/03/2013	0	Senungence	350	Dr. Saad SOUDAN Professeur de Cure Tél: 0522 521 943 18/4/2013 20:45:58 Dr. CASA ANFA
				600

INPE et code à Barres

INPE et code à Barres

CIM - 10

Actes Paramédicaux				
عمليات المساعدين الطبيين				
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوت Montant facturé

INPE et code à Barres

INPE et code à Barres

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممومنة		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou distributeur des dispositifs médicaux
30/03/2013	35.70	AL ALAMI Dr. AL ALAMI 435, Bd. Panoramique Pol Casablanca - Tél: 0522 521 943
INPE et code à Barres	092011177	

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

Salle  
Téléphone :

## RAPPORT D'EPREUVES D'EFFORT

Nom du patient: ANDALOUSSI, LATIFA  
ID du patient: 29032023DR SOULAMI  
Taille:  
Poids:

Date d'étude: 30.03.2023  
Type d'épreuve: --  
Protocole: BRUCE

Medicaments:

Antécédents médicaux:

Motif de l'épreuve:

### Sommaire des épreuves d'effort

Phase	Palier	Durée pal.	Vitesse (km/h)	Pente (%)	FC (/min)	TA (mmHg)	Commentaire
PRETEST	ECG REPOS	22:42	0.00	0.00	106		
EFFORT	PALIER 1	01:16	2.70	10.00	121		
	PALIER 2	01:34	4.00	12.00	136		
RECUP.		02:11	0.00	0.00	110		

Le patient a exécuté l'effort conformément au BRUCE pendant 2:48 min:s, parvenant à un niveau de travail de METS max.: 7.10. La fréquence cardiaque de repos initiale 106 /min est passée à une fréquence cardiaque max. de 139 /min ce qui représente 97 % de la fréquence maximale basée sur l'âge. La pression sanguine de repos --/-- mmHg est passée à une pression sanguine max. de --/-- mmHg. L'épreuve d'effort a été interrompue en raison de Fréquence cardiaque cible atteinte.

### Interprétation

Résumé: Resting ECG: normale.

Functional Capacity: normale.

HR Response to Exercise: Normal.

BP Response to Exercise: Normale au repos - réponse normale.

Chest Pain: aucune.

Arrhythmias: Aucune.

ST Changes: aucune.

Overall impression: Epreuve d'effort normale.

### Conclusions

MAXIMALE NEGATIVE CLINIQUEMENT ET ELECTRIQUEMENT A 100% DE LA FMT . PAS DE RYTHMIES ET RECUPERATION NORMALE  
SOULAMI SAAD

Dr. Saad SOULAMI  
professeur de Cardiologie  
356, RUE Mostafa El Nouni  
Tél: 0522.218.841.261.336  
CASA

Medecin

Technicien

CENTRE  
CARDIOLOGIQUE  
CASA-ANFA



مركز  
أمراض القلب  
البيضاء أنفا

Dr. Saâd SOULAMI  
Professeur de Cardiologie  
Centre Cardiologique Casa-Anfa  
Casablanca - Maroc

Casablanca le 30/03/2023

Mr. Abdellahoui Laâfi

35,70

(X) 1 - ALPHAZ 0,5 mg

1/2 g le Dr. S. K.

PHARMACIE CALIFORNIE  
ALI ALAMI  
Docteur en pharmacie  
435, Bd. Panoramique Polo  
Casablanca. Tél: 0522.52.19.99

PHARMACIE CALIFORNIE  
ALI ALAMI  
Docteur en Pharmacie  
435, Bd. Panoramique Polo  
Casablanca - Tél: 0522.52.19.99

007249

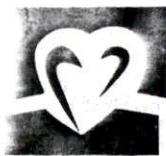


Dr. Saâd SOULAMI  
Professeur de Cardiologie  
Centre Cardiologique Casa-Anfa  
Casablanca - Maroc

المستعجلات 24h/24h

19, Bd Ibnou Sina - Casablanca Tél: 05 22 94 39 33 (L.G) - Fax: 05 22 94 30 22  
[www.cardiocasaanfa.com](http://www.cardiocasaanfa.com) - Email: [contact@cardiocasaanfa.com](mailto:contact@cardiocasaanfa.com) - I.C.E. : 001742957000002  
 Patente: 35806678 - I.F: 1004548 - C.N.S.S.: 6021589 BMCI - Agence Mohamed V - RIB: 013 780 01 104 01384700132 48

19, شارع ابن سينا، الدار البيضاء الهاتف: 05 22 94 39 33 - الفاكس: 05 22 94 30 22  
 013 780 01104 01384700132 48 - التعرف البنكي: 6021589 - ص و ض ج: 1004548 - بـ ج: 35806678



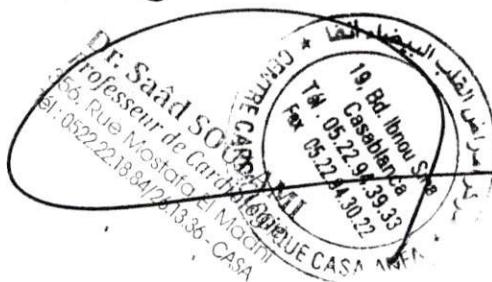
Casablanca le 29/08/2013

Dr. Saâd SOULAMI  
Professeur de Cardiologie  
356, Rue Mostafa El Maâni  
Tél: 0522221334/261336 - CASA

Pré ANDALOUSSI - LATIFI FA

Sous Cion d'angin

En arrêt d'effort



المستعجلات 24h/24h

19, Bd Ibnou Sina - Casablanca Tél: 05 22 94 39 33 (L.G) - Fax: 05 22 94 30 22  
[www.cardiocasaanfa.com](http://www.cardiocasaanfa.com) - Email. [contact@cardiocasaanfa.com](mailto:contact@cardiocasaanfa.com) - I.C.E. : 001742957000002  
 Patente: 35806678 - I.F: 1004548 - C.N.S.S.: 6021589 BMCI - Agence Mohamed V - RIB: 013 780 01 104 01384700132 48

19, شارع ابن سينا - الدار البيضاء الهاتف: 05 22 94 39 33 - الفاكس: 05 22 94 30 22  
 013 780 01104 01384700132 48 التعريف البنكي: 6021589 - ص و ض ج: 1004548 - ت ج: 35806678



DATE D'EXAMEN 29/03/2023

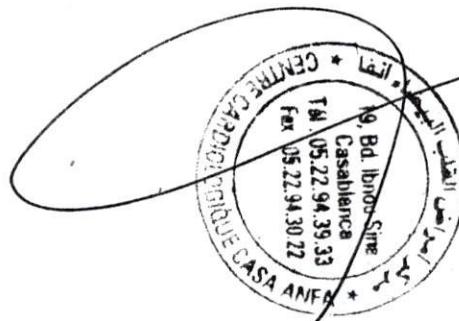
FACTURE N :57/2023

MEDECIN TRAITANT : Dr SAAD SOULAMI

NOM ET PRENOM : ANDALOUSSI LATIFA

DESIGNATION	NOMBRE	UNITAIRE	TOTAL
EPREUVE D'EFFORT	1	650,00	650,00
<u><b>TOTAL GENERAL</b></u>			<b>650,00</b>

ARRETEE LA SOMME DE LA FACTURE DE :  
SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS ./.



**المستعجلات 24h/24h**

19, Bd Ibnou Sina - Casablanca Tél: 05 22 94 39 33 (L.G) - Fax: 05 22 94 30 22

[www.cardiocasaanfa.com](http://www.cardiocasaanfa.com) - Email. [contact@cardiocasaanfa.com](mailto:contact@cardiocasaanfa.com) - I.C.E. : 001742957000002

Patente: 35806678 - I.F: 1004548 - C.N.S.S.: 6021589 BMCI - Agence Mohamed V - RIB: 013 780 01 104 01384700132 48

05 22 94 30 22 - الفاكس: 05 22 94 39 33 - شارع ابن سينا- الدار البيضاء الهاتف:

بناتا: 35806678 - ت: ج: 1004548 - ص وض: 48 التعریف البنکی : 6021589 013 780 01104 01384700132



## البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري

## Relevé périodique des prestations AMO

مِنْهُمْ الْأَمْرِي  
الْأَجْلَرِي

Direction de l'Assurance  
Maladie Obligatoire  
Réf. : 610-2-06

رقم مرجع : 610-2-06

Page 1

Page 1 /1

二二二

الكتاب السادس

N° d'immatriculation 186172518 رقم التسجيل  
 Règlements de la période أيام الفترة  
 du : 25/04/2023 : من  
 au : 25/04/2023 : إلى

**Destinataire**

## Destinazione

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجاري التي استقدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العليلات	مهنـو الصحـة	مبلغ المصـاريف	التـعرـيفـةـ المرـجـعـيةـ	الـعـامـلـ	الـكمـةـ	مـسـنـتـعـيـضـ	نـسـبـةـ التـعـيـضـ	تـارـيـخـ إـرـسـالـ الـأـلـاءـ	مـبلغـ التـعـيـضـ
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
<b>ANDALOUSSI LATIFA</b>											
123472293	29/03/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES Centre de Cardiologie	35,70	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	25/04/2023	24,99
123472293	29/03/2023	H508	Centre de Cardiologie	650,00	650,00	1,00	1,00	650,00	70,00	25/04/2023	455,00
123472293	29/03/2023	CS	Centre de Cardiologie	350,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	25/04/2023	105,00
<b>Total remboursé</b>						<b>مجموع مبلغ التعويض</b>					
<b>Total général remboursé</b>						<b>مبلغ التعويض الاجمالي</b>					

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ لم يُصلح

Pour plus d'informations :  
merci de visiter notre site Web  
ou le portail des assurés  
ou l'application mobile  
ou appeler notre serveur vocal au numéro

[www.cnss.ma](http://www.cnss.ma)  
[www.cnss.ma/Portail/](http://www.cnss.ma/Portail/)  
\* Ma CNSS \*  
080 20 30 100  
09 203 3311 / 090 200 77

الطبعة الأولى

میراث علمی ایران

أو المادية المعاصرة

أو خطبة الافتتاح

$$d\lambda \frac{d\lambda}{d\mu} \frac{d\mu}{d\mu} = d\lambda \frac{d\lambda}{d\mu} \frac{d\mu}{d\mu} = 1$$