

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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**



## Déclaration de Maladie

Nº P19-0036645

272594

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3929

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Zeroual Mohamed

Date de naissance : 21/01/1958

Adresse : 03 Rue 18 Lot 41 IX/HY/94

Tél. : 06.6863.69.57

Total des frais engagés : 122,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/07/23

Nom et prénom du malade : Zeroual Mohamed

Age : 65

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 : 050

Le : 15/08/23

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 Coefficients	Montant des Honoraires
<b>SA.LU.COM. s.r.l.</b> Sede Legale: Corso Dante n. 109 10126 TORINO (TO) Sede Operativa: Via Cuneo, 27/A1 12038 SAVIGLIANO (CN)	05/08/23	£ 122,00	
Tel. 0172.21992 - Fax 0172.375932 art. IVA 03058310040 - info@koellikersavigliano.it Dir. Sanit. Dott. DI MATTEO Franco			

## AUXILIAIRES MEDICAUX

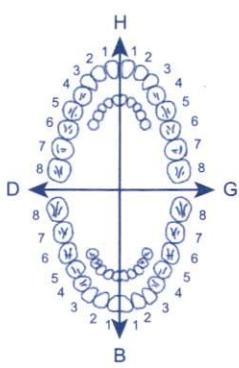
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficent	  <b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
B	00000000	00000000															
G	35533411	11433553															
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																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION													

P.I. /Cod. Fis.01128930045

### ZEROUAL MOHAMED

VIA STAFFARDA 12

12045 FOSSANO (CN)

Codice Fiscale: ZRLMMD58A01Z330F

<b>FATTURA</b>		<b>Data:</b>	<b>Tipo Emissione:</b>			
4002023001154		05/08/2023	LIBERA PROFESSIONE			
<b>Codice</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Data Erog.</b>	<b>Q.ta</b>	<b>Prezzo</b>	<b>Importo</b>	<b>IVA</b>
88.72.6	ASLCN1 VISITA/PRESTAZIONE SPECIALISTICA SSN/LP	05/08/2023 09:30	1	120	120,00	E10

IMPOSTA DI BOLLO ASSOLTA IN MODO VIRTUALE -Autorizzazione dell'Agenzia delle Entrate, Ufficio Territoriale di Cuneo, prot. n. 2014/105495 del 27/11/2014

<b>IMPONIBILE</b>	<b>IMPOSTA</b>	<b>DESCRIZIONE IVA</b>	<b>TOTALE EURO</b>
120,00	0,00	E10 - Esente art.10 co 1 pto 18 DPR 633/72	122,00
2,00		BOLLO	

#### Modalità di Pagamento:

IBAN:

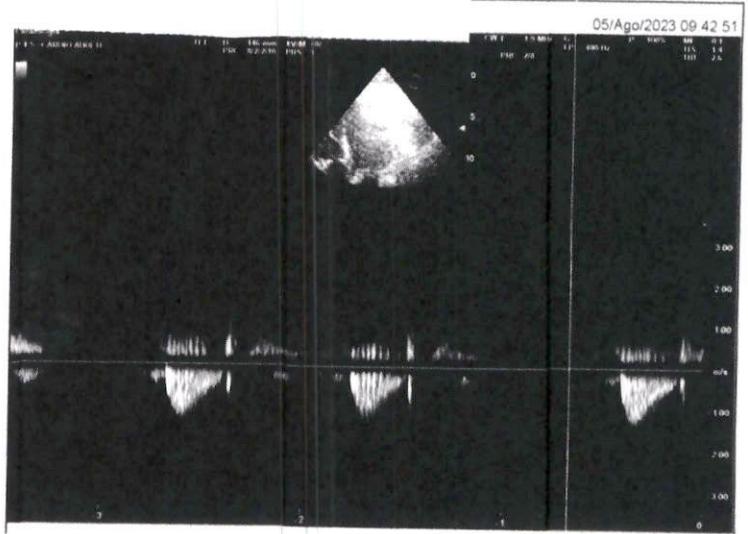
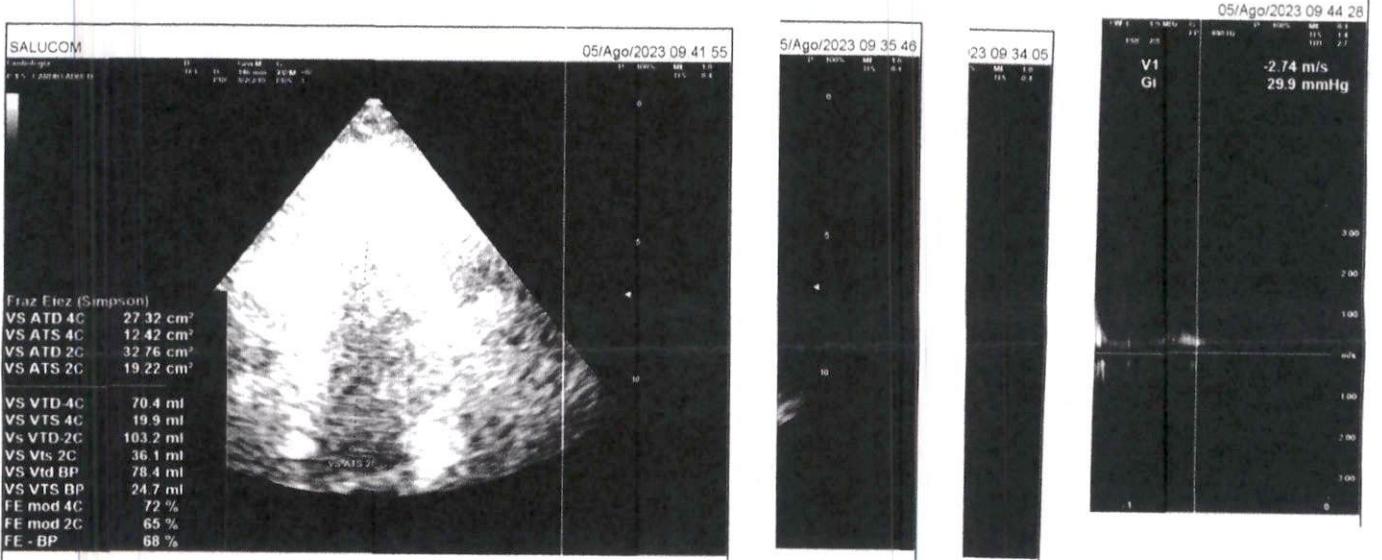
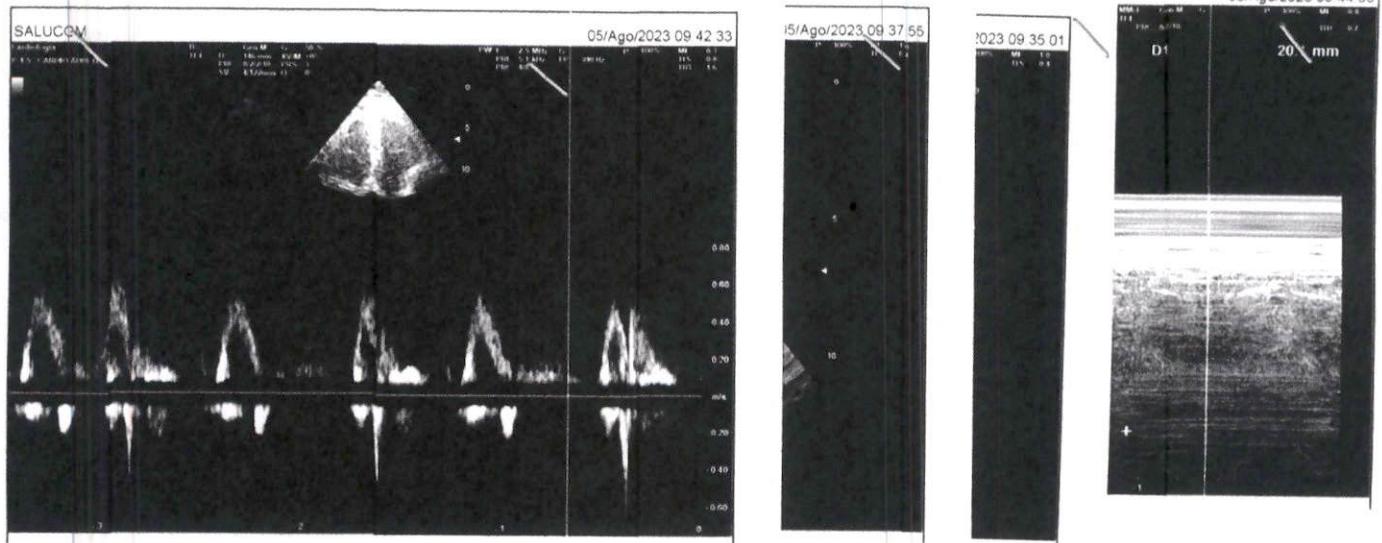
Swift:

L'incaricato

SALU012

Stampato da SALU012

DOCUMENTO PAGATO  
Bancomat



**Dott. Diego Pancaldo**

Specialista in Cardiologia

Dirigente medico Cardiologia

Osp. "SS. Annunziata" Savigliano (CN)

Tel. 338 4015440

Poliambulatorio Specialistico Koelliker

Savigliano - Via Cuneo 27/A1 - Tel. 0172 21992 - 393 3504093

ECOCARDIOGRAMMA

Savigliano: 5/8/2023

**Paziente:** Zeroual Mohamed (1/1/1958)

Radice aorta: 29 mm

Atrio sn: 35 mm

Diametro ventricolo sn: 56 mm

Setto IV: 11 mm

Parete posteriore: 11 mm

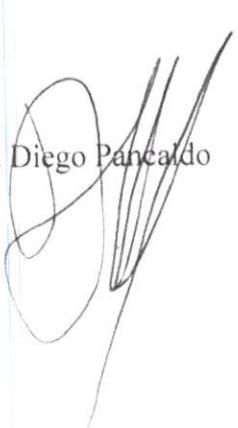
Volume tele-diastolico: 98 ml

Volume tele-sistolico: 34 ml

Frazione di eiezione (Simpson biplano): 65%

**Conclusioni:** ventricolo sn di normale diametro, spessore e contrattilità globale e segmentaria; atrio sn e radice aortica normali; non valvulopatie di rilievo se non insufficienza mitralica e tricuspidalica lieve (PAPs 39 mmhg); alterato rilasciamento diastolico; cavità dx (escursione del piano tricuspidalico 20 mm) e pericardio regolari.

Dott. Diego Pancaldo



## SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

## RICETTA ELETTRONICA - PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

**REGIONE PIEMONTE**  
ASL CN1



010A2

4745326842



COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO: ZEROUAL MOHAMED

INDIRIZZO: VIA STAFFARDA 12

CAP: 12045 CITTÀ: FOSSANO

PROV: CN

ZRLMMD58A01Z330F



ESENZIONE: 048

SIGLA PROVINCIA: CN

CODICE ASL: 010210

DISPOSIZIONI REGIONALI:

TIPOLOGIA PRESCRIZIONE (S.H): ALTRO: PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P): Senza priorita'

PRESCRIZIONE

QTA

NOTA

88.72.6 (88.72.6) - 88.72.6-08 ECOCARDIOGRAFIA

1

VALUTAZIONE EF

--

QUESITO DIAGNOSTICO: valutazione in paz in t con abiraterone

N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: 1 TIPO RICETTA: DATA: 04/07/2023

CODICE AUTENTICAZIONE: 040720231127560500006606971718

COGNOME E NOME DEL MEDICO: EVANGELISTI LUCIA CODICE FISCALE DEL MEDICO: VNGLCU70H43L219B

*Rilasciato ai sensi dell'art. 11 comma 16 del D.L. 31/05/2010, n. 78 e dell'art. 1 comma 4 del D.M. 02/11/2011*

09/06/23



MISTO  
Carta da fonti gestite  
In maniera responsabile  
FSC® C125433

CARTA TERMICA  
**PRODOTTA  
SENZA BPA**  
PER LA TUA SALUTE

**elica**<sup>®</sup>



MISTO  
Carta da fonti gestite  
In maniera responsabile  
FSC® C125433

CARTA TERMICA  
**PRODOTTA**

**INTESA SANPAOLO**  

---

**nexi**

**NUMERO VERDE 800 825 099**

VISA

## ACQUISTO

ASL CN1

VIA OSPEDALI

12038 - SAVIGLIANO

Eser. 405172100038010

A.I.I.C. 0000000004

DATA 05/08/23 ORA 10:00

TML 00382259 STAN 003767

**Mod. Online**      **B.C. ICC**

EXP: \*\*\*\* PanSeqN: 001

AUT. H68520 OPER. 003834

A.1D A00000000031018 APPL Visa Debit

AT&T 683F TEL 388 11 00 TEL 978 UN 46471246  
TLD 2222212222 T.S. FAX 555-1232232

PIN VERIFIED

**IMPORTO** € **122,00**

--- COPIA CLIENTE ---

ARRIVEDERCI E GRAZIE  
Cod. Commerc: 18960856