

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

- 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

N° P19-0036645

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3222

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Zeroual Mohamed

Date de naissance : 01/01/1958

Adresse : 03 Rue 18 Lot 41 IX/ANJA

Tél : 06 6863 69 57

Total des frais engagés : 122,00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/07/23

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 : ASA

Le : 15/08/23

Signature de l'adhérent(e) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

SALU.COM s.r.l.
Sede Legale: Corso Dante n. 109
10126 TORINO (TO)
Sede Operativa: Via Cuneo, 27/A1
12038 SAVIGLIANO (CN)
Tel. 0172.21992 - Fax 0172.375932
info@koellikersavigliano.it
Dir. Sanit. Dott. DI MATTEO Franco

05/08/23

€ 122,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

A M P C I M I V

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

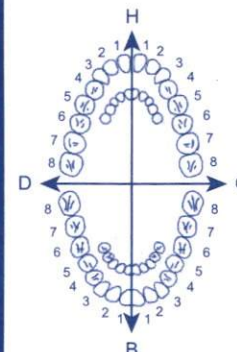
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

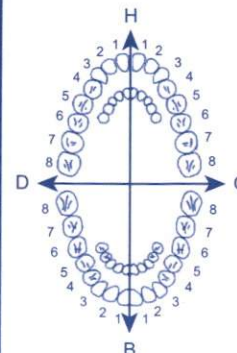
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G 00000000
35533411 11433553
B

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(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



A.S.L. CN1
Azienda Sanitaria Locale
di Cuneo, Mondovì e Savigliano

Sede legale ASL CN1
Via Carlo Boggio, 12 - 12100 Cuneo (CN)
P.IVA 01128930045
t. 0171.450111 - f. 0171.1865270
protocollo@aslcn1.legalmailPA.it

P.I. /Cod. Fis.01128930045

ZEROUAL MOHAMED

VIA STAFFARDA 12

12045 FOSSANO (CN)

Codice Fiscale: ZRLMMD58A01Z330F

FATTURA

4002023001154

Data:

05/08/2023

Tipo Emissione:

LIBERA PROFESSIONE

| Codice | Descrizione | Data Erog. | Q.ta | Prezzo | Importo | IVA |
|---------|--|------------------|------|--------|---------|-----|
| 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

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

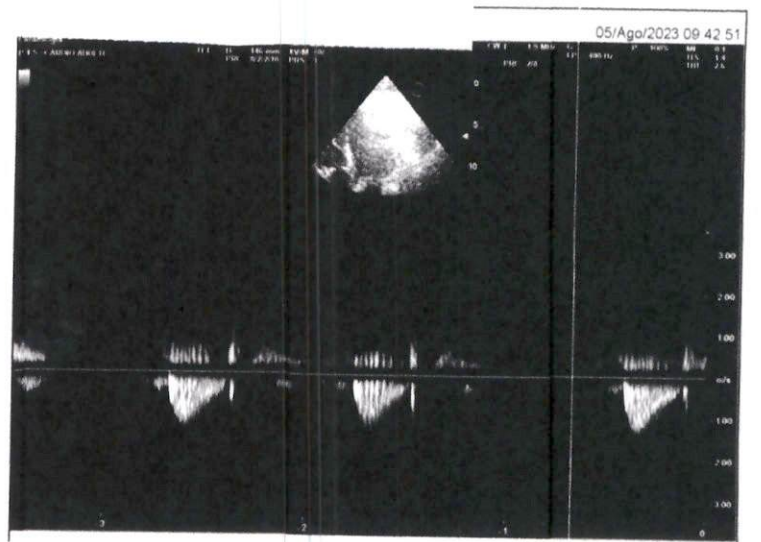
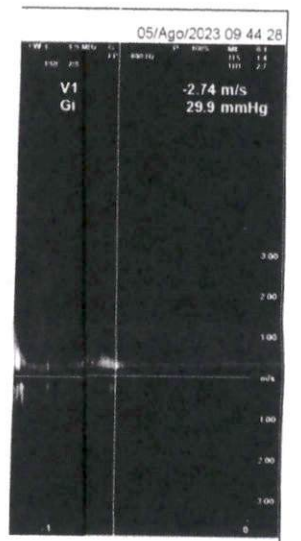
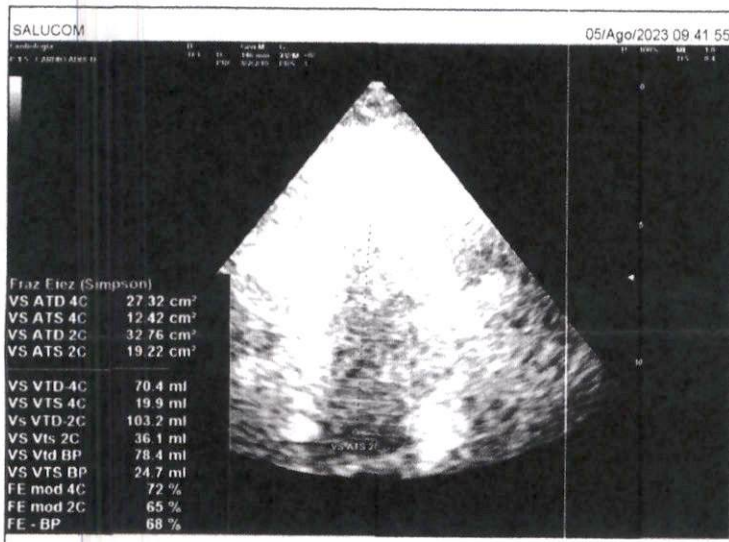
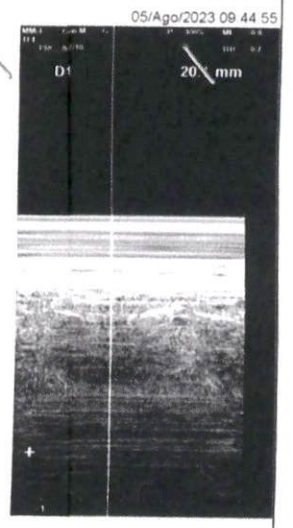
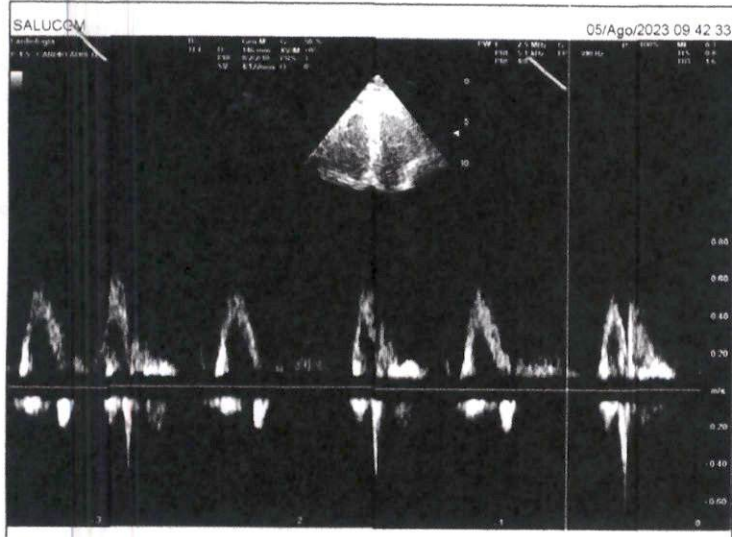
Modalit di Pagamento:

IBAN:

Swift:

DOCUMENTO PAGATO
Bancomat

L'incaricato
SALU012
Stampato da SALU012



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

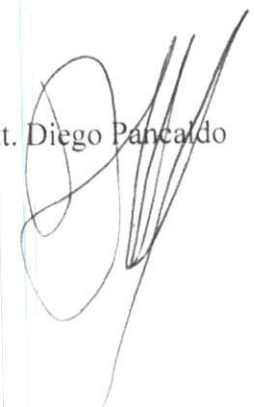
Volume tele-diastolico: 98 ml

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



REGIONE PIEMONTE

ASL CN1



010A2



4745326842

COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO: ZEROUAL MOHAMED

INDIRIZZO: VIA STAFFARDA 12

CAP: 12045

CITTA':

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 priorit 

| PRESCRIZIONE | QTA | NOTA |
|--|-----|------|
| 88.72.6 (88.72.6) - 88.72.6-08 ECOCARDIOGRAFIA VALUTAZIONE EF | 1 | --- |

QUESITO DIAGNOSTICO: valutazione in paz in t con abilitazione

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

mu
09/623



CARTA TERMICA
PRODOTTA
SENZA BPA
PER LA TUA SALUTE



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. 000000000004

DATA 05/08/23 ORA 10:00

TML 00382259 STAN 003767

Mod. Online B.C. ICC

PAN: *****0079

EXP: **** PanSeqN: 001

AUT. H68520 OPER. 003834

A.ID A0000000031010 APPL Visa Debit

ATC 003F TCC 360 TT 00 TrCC 978 UN 46471246

TVR 8000048000 T.C. 5A0B5F911DC97FBF

IAD 06011203602000

PIN VERIFIED

IMPORTO € 122,00

--- COPIA CLIENTE ---

Transazione Autorizzata

ARRIVEDERCI E GRAZIE

Cod. Commerc: 18960856