

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : <u>1259</u>	Société : <u>R.A.M.</u>
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : <u>NASR SALAH</u>	
Date de naissance : <u>01.01.1952</u>	
Adresse : <u>rue 33 N° 36 ALIA 1 - OULFA - CASA</u>	
Tél. : <u>05 22 80 73 55</u>	Total des frais engagés : <u>734,30</u> Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	<u>01/09/2023</u>	Age :	<u>71</u>
Nom et prénom du malade :	<u>NASR SALAH</u>		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<u>HTA, Angine de poitrine</u>		
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.

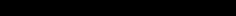
Fait à : CASA

Le : 01 / 09 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :







RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
2023			300,00	Dr. Professeur de Chirurgie et Radiologie Dr. Maahen 26/13/36
07/09/2023	R16	100%		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Signature	01/09/23	334,30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

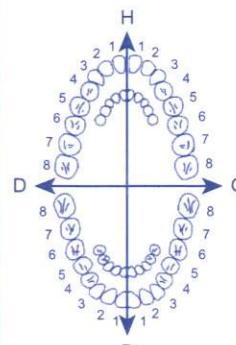
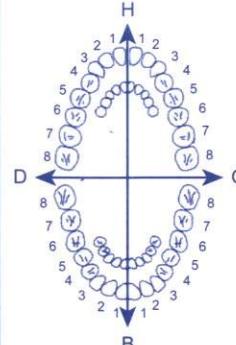
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	G
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553
D	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

Docteur Saâd SOULAMI

Professeur de Cardiologie



سعد السامي

جامعة طيبة بالدار البيضاء

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Echo Doppler Couleur - Holter

مراض القلب والأوعية الدموية

ب ساری

نصر العقب بالصدى و الدوبيلير بالالوان

Patient

NASR salall

Casablanca, le 01 SEP 2023

Travail de Tros Dele

Traitements de:
Trois (03) Mois
13 octobre 3 11
AN

~~Entomologist~~ Entomologist
Troy S. Swanson

~~CONV to
1988 yr 1/2~~

LOT : 230729
EXP : 05/2026
PPV : 57,800H

³⁵⁶ نقاة مصطفى المعانى (قرب نقاة أثادير) - الدار البيضاء

356, Rue Mostafa El Maâni (coté Rue d'Agadir) - 1^{er} étage - Casablanca - E-mail : casinotriblanc@gmail.com

Tél.: 05 22 22 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél./Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence: 06 61 14 69 96

CNSS : 2700608 - IF : 41802254 - ICE : 001755076000067 - IPN : 191130922

28/10
TANgulin so
--- 1 - 1

28/10
Beta ser SV

19/4
Anticoagulant gel
avineula

1 goutte x 3

334,30

Or 000
P.P.V : 780,00
6 118000 00

~~Dr. Saad SOULAMI
Praticien de Cardiologie
356, Rue Nestor El Maadi
Tel: 22.18.84/26.13.36 - CASA~~

19,40 ■ 3

Docteur Saâd SOULAMI

Professeur de Cardiologie

Spécialiste des maladies du Coeur et des vaisseaux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Echo Doppler Couleur - Holter



الدكتور سعد السلمي

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

اختصاصي في أمراض القلب والأوعية الدموية

خريج كلية الطب بباريس

فحص القلب بالصدى والدوبلير بالألوان

Patient :

NASR
SALAH

Casablanca, le

01.09.2023

Nokshonwir

Consultation de Cardiologie
9
300 ₣

9
Kb

Sir hummankunde:
Chirurgie cardiaque
400 ₣
100 ₣

Dr. Saâd SOULAMI
Professeur de Cardiologie
356, Rue Mostafa El Maâni (coté Rue d'Agadir) - 1^{er} étage - Casablanca - E-mail : cabinetsoulami@gmail.com

. زنقة مصطفى المعاني (قرب زنقة أڭادير) - الدار البيضاء

356, Rue Mostafa El Maâni (coté Rue d'Agadir) - 1^{er} étage - Casablanca - E-mail : cabinetsoulami@gmail.com

Tél. : 05 22 22 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél. / Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence : 06 65 14 69 96

CNSS : 2700608 - IF : 41802254 - ICE : 001755076000067 - IPN : 091130922

NASR, SALAH
ID:
D-naiss:
0ans,

Dr. Saad El Maâni
Professeur de Cardiologie
356, Rue Mostafa El Maâni
CASABLANCA
Tél: 0522 22 18 84/0522 28 15 31

31-Aug-2023 03:15:47
Fréq.Card: 63 BPM
Int PR: 154 ms
Dur.QRS: 129 ms
QT/QTc: 433 / 440 ms
Axes P-R-T: 60 -5 4
Moy RR: 950 ms
QTcB: 444 ms
QTcF: 440 ms

RYTHME SINUSAL
BLOC DE BRANCHE DROIT COMPLET [QRS > 120+ MS, AXE QRS HYPERDROIT, ONDE S A 40+MS EN
D1/V4/V5/V6]
ECG ANORMAL

Noñ confirmé

