

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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

- Reclamation : 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](http://www.mupras.com)

N° P19-

MD 28600

Optique 37274  Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1678

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ANNANE ATINA

Date de naissance :

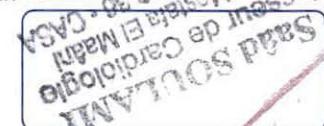
Adresse : Rue MESSMA bloc 441 N° 501 MAY HASSANE Casablanca

Tél. : 0663 5386 32

Total des frais engagés : 2333 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/03/2012

Nom et prénom du malade : ANNANE ATINA Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : HTA avec Angor et Amigdaden

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-037274

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

## 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
20/03/2016	Consultation	100	300	DOSSIER MEDICAL DU DOCTEUR DÉPARTEMENTAL DU DOCTEUR DÉPARTEMENTAL

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE CITAIS</i> 10 rue de la République 38140 Villefontaine Tél. 04 74 33 90 07	20/03/20	2033,50

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																		
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																					
<table border="1"> <tr><td>H</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>D</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">-----</td></tr> <tr><td>B</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">-----</td></tr> <tr><td>H</td><td>35533411</td></tr> <tr><td>D</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">-----</td></tr> <tr><td>B</td><td></td></tr> </table>		H	21433552	D	00000000	-----		B	00000000	-----		H	35533411	D	11433553	-----		B		CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
H	21433552																				
D	00000000																				
-----																					
B	00000000																				
-----																					
H	35533411																				
D	11433553																				
-----																					
B																					
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																					
MONTANTS DES SOINS																					
DEBUT D'EXECUTION																					
FIN D'EXECUTION																					
DATE DU DEVIS																					
DATE DE L'EXECUTION																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

# Docteur Saâd SOULAMI

Professeur de Cardiologie

Spécialiste des maladies du Coeur et des vaisseaux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Echo-Doppler Coeur - Holter

El Maâni



الدكتور سعد السلمي

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

إخلاصي في أمراض القلب والأوعية الدموية

خريج كلية الطب بباريس

فحص القلب بالصدى والدوبليير بالألوان

Patient: \_\_\_\_\_

Casablanca, le

20 MARS 2020

Mixtard® 30 Penfill®  
100U/ml  
Suspension injectable  
5 cartouches de 3ml  
PPV : 350 DH

8-0207-7-3251



$3 \times 34,60$   
 $\frac{103,8}{103,8}$



Traitement de:  
Trois (03) Mois

Basile 40

1 y a fecé

$3 \times 218$   
 $\frac{654}{654}$



Traitement de:  
Trois (03) Mois

Cordia 250

1 y a lobé

$3 \times 89$   
 $\frac{267}{267}$



Catopre

1 y a été

$3 \times 91,50$   
 $\frac{274,50}{274,50}$



356, Rue Mostafa El Maâni (coté Rue d'Agadir) - 1<sup>er</sup> étage - Casablanca - E-mail : cabinetsoulami@gmail.com

Tél.: 05 22 22 18 87 / 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



Last: ANNANE  
First: AMINA  
ID:  
DOB:  
Age: 0ans  
Sex:

DR. Sadiq de Cardiologie  
Professeur de Cardiologie  
SSU. Rue Mouatta El Maan  
Casablanca - CASA

20-Mar-2020 07:40:33

Fréq.Card: 66 BPM  
Int PR: 165 ms  
Dur.QRS: 109 ms  
QT/QTc: 402 / 416 ms  
Axes P-R-T: 42 6 3  
Moy RR: 897 ms  
QTcB: 424 ms  
QTcF: 416 ms

RYTHME SINUSAL  
TROUBLE DE LA REPOLARISATION SUSPECT D'UNE ISCHEMIE APICALE [T NEGATIVE DE 0,1+ MV DE V3/V4]  
ECG ANORMAL  
ATTENTION: LA QUALITE DES DONNEES PEUT INFLUENCER L'INTERPRETATION

Non confirmé

