

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : BERHIL

Société

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BERHIL

Veuve

Date de naissance : 29/4/2

FATIMA

Adresse : Imm 26 n° 10 Hay Hassani
CAFABONCA

Tél. : 0522 30 83 84 Total des frais engagés : 1436,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/01/2019

Nom et prénom du malade : Berhile Fatma Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HFA

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 : Carthage

Le : 17/01/2019

Signature de l'adhérent(e) : (Signature)



Déclaration de Maladie

Nº M21- 048971

71442

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
17/12/2013	346		3000	CHU DE CAYENNE CABARET 18 BLOIS 22 MONTAGNAUD MÉDECIN 0322 18 840522 0322 18 840522

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/05/20	M 36,60

INPE 092.017.201

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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'ostéodensitométrie.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch, likely a maxillary (upper) arch, viewed from a front-on perspective. The teeth are arranged in two rows: upper and lower. Each tooth is assigned a number from 1 to 8, representing specific dental positions or landmarks. The numbers are distributed as follows: the upper row has teeth 1 through 8; the lower row has teeth 8 through 1. The teeth are represented by small circles with a stylized 'Y' inside, indicating their orientation.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 :

Casablanca, le 17 MAI 2021

Traitement de :

Trois (03) mois

128,00x3

1^o AMI DIPLO

1 g letre

Traitement de :

PHARMACIE CARNELL,
Mme Nour El Houssein Souktani
Casablanca
Tél. : 05 22 22 18 84 / 06 62 88 90 91

PREZAR 100 mg
1 g lembu

avastin 10 mg
1 g lembu

49,30x6

cororat 6,2 mg
1 g lembu

89,70x2

cordarote



زنقة مصطفى المعاني (قرب زنقة الأكادير) - الدار البيضاء 1856

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

et Drnade

27/03/2013

Traitemen de
Trois semaines

Cordiopré 100



100 mg



160,5

jeux 2

1 gél. jau

Dr Saad SOULAMI
Professeur de Cardiologie
356, Rue Mosâla El Mââam
Tél.: 22.18.84.26.13.36 - CSA

531 : Pelacol

1 - 1 - 1

11/36, 60

Dr Saad SOULAMI
Professeur de Cardiologie
356, Rue Mosâla El Mââam
Tél.: 22.18.84.26.13.36 - CSA

صيادلية كاميليا
PHARMACIE CAMELIA

Dr. LEMSEFFER N'ENRA Mounia
29, Rue Hassan Souktani
Tél: 0522 27 17 07 - Casablanca

Lot: RD0490A
Per: 04/2023
PPV: 49D450

89,30

Cardiospirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardiospirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



Lot: RD0490A
Per: 04/2023
PPV: 49DH50

LOT: 201159
PER: 04-2023
PPV: 140,00DH

Lot: RD0490A
Per: 04/2023
PPV: 49DH50

Chlorhydrate de lerc

LOT 20193
EXP 09 2023
PPV 128.00 DH

RELAXOL 500MG/2MG
CP 820
P.P.V. : 63DH10
6 118000 060833

BERHILE, FATNA
ID:
356, BME, 352233, 13-06-2021

17-May-2021 13:17:14

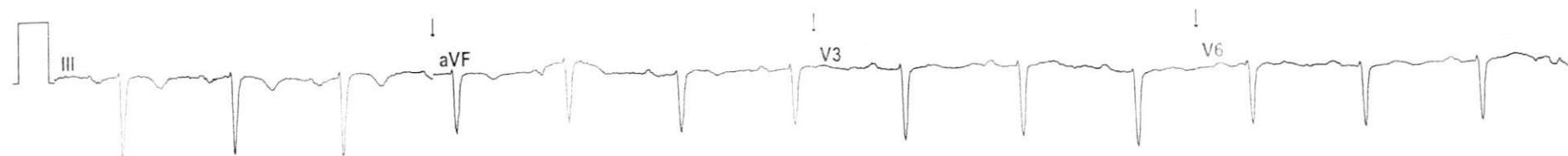
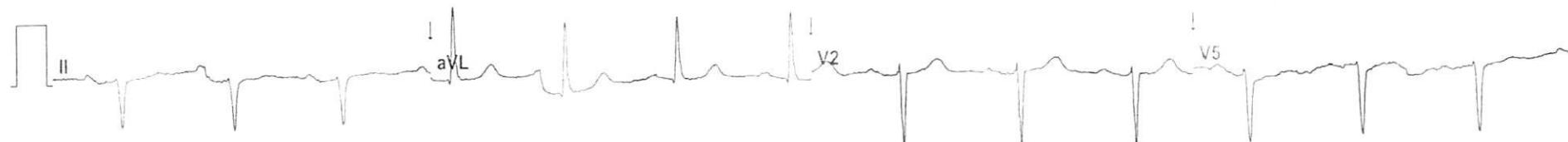
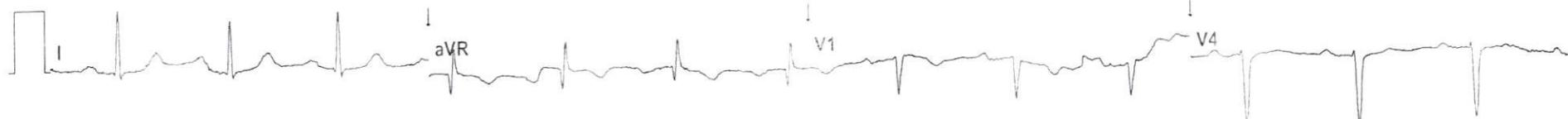
Fréq.Card: 80 BPM
Int PR: 216 ms
Dur.QRS: 93 ms
QT/QTc: 355 / 391 ms
Axes P-R-T: 17 -57 -13
Moy RR: 743 ms
QTcB: 411 ms
QTcF: 391 ms

RYTHME SINUSAL AVEC BAV DU 1ER DEGRE

HEMIBLOC ANTERIEUR GAUCHE [AXE QRS <= -45, QR EN D1, RS EN D2]

FAIBLE POSSIBILITE DE TRACE D'HYPERTROPHIE VENTRICULAIRE GAUCHE (HVG) OU ASPECT NORMAL DEVANT [UN DES CRITERES SUIVANTS: GRANDE ONDE R EN AVL OU V5, GRANDE ONDE S EN V1, GRANDE ONDE R EN V5/V6 ET GRANDE ONDE S EN V1]
POSSIBLE INFARCTUS APICAL [ONDE Q > 30 MS EN V3/V4, OU R < 0.2 MV EN V4], PROBABLEMENT ANCIEN ECG ANORMAL

Non confirmé



Site # 0 App# 0 L4 Link-4.11.6.0 Séquence # 34430 25mm/s 10mm/m 0.05-300 Hz