

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.

Education :

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.

Thérapeutique :

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.

Médecine 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

AS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

S : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Hora Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 068617

71675

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2869 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : LAIHOUIRY - ABDERRAHMANE

Date de naissance : 01-01-52

Adresse : 29, Rue Benafssag-Hay Errahy, Beauséjour

Tél: 06.27.90.90.84 Total des frais engagés : 2500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : FAIK H. Holina Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA Arteriel

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 au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente et avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA

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
9/11/2016 Service d'admission 2016	ICP 2016	2000	250000	Dr. ATLAB Moustapha Cardiologue Tunisie : 0561 06 29 50

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Hubert Pharmacie Sainte-Clotilde</i>	27/04/21	34810

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

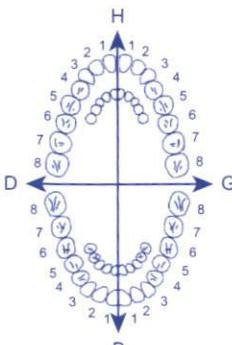
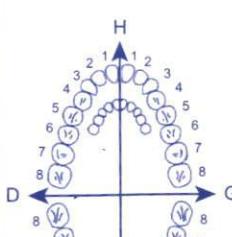
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ODT.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montants des soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins <input type="text"/>
				Date du devis <input type="text"/>



وصفة

ORDONNANCE

Le 24/10/2021

FARLITI Holiwa



(S.V)

3 nosi

97,70

49,40
49,40
49,40

20/10
Pharmacie Hay El Masa
Bd. Oum Rabia Oulifa - Tél. 0522.86.30.20
369,10

صيدلية حي المطرار
Pharmacie Hay El Masa
Bd. Oum Rabia Oulifa - Tél. 0522.86.30.20

Dr. ATLAB Mustapha
Cardiologue
أخصائي أمراض القلب والشريان
Gsm: 06661 06 29 52

49,140

49,40

وصفة
ORDONNANCE



درب غلف
DERB GHALLEF

Le 27 04 2021

FATHIA HILALI

652

Dr. A. Choueiri

Dr. ATLAB Mustapha
Cardiologue
عصافير الحسن الدار
وأشريان
Gsm: 0661 79 52



POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef

Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux

20100 CASABLANCA

Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020

INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 1211518	N° SEJOUR : 210031869	FACTURE N° 2102008609				DATE D'ENTREE : 27/04/2021	DATE DE SORTIE : 27/04/2021			
ASSURE :						DESTINATAIRE :				
MALADE : AHLIMA,Farihi NOM JEUNE FILLE : HCiama		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI				AHLIMA,Farihi HCiama				
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	N° SE. SOC. ETRANG. :								
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION DE CARDIOLOGUE + ECG	CSC	1.00	250.00	250.00					0.00	250.00

Intervenant : 210104 DR ATLAB MUSTAPHA (CARDIOLOGUE)	TOTAUX : 250.00							250.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT CINQUANTE DHS	PLAFOND PC:							ACOMPTE:	
	REMISE:	0.00	REGLE:	250.00				AVOIR:	
	RESTE DU:	0.00							
DATE FACTURE : 27/04/2021	EDITEE LE : 27/04/2021	PAR: ZBIRY	ACCIDENT DE TRAVAIL:						
VISA			N° DE POLICE:	DATE AT:					
			Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef						
			BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA						
			N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31						

721Cg

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef

Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux

20100 CASABLANCA

Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020

INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 1211757 N° SEJOUR : 210032186

FACTURE N° 2105018984

DATE D'ENTREE : 28/04/2021 DATE DE SORTIE : 28/04/2021

ASSURE :

DESTINATAIRE :

MALADE : FAIHI,Halima

FAIHI,Halima

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

UF: 5002 URGENCES

N° IMMAT C.N.S.S :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE RADIOLOGIE										
ECHO-DOPPLER CARDIAQUE	CX13	1.00	650.00	650.00					0.00	650.00

Intervenant : 210104 DR ATLAB MUSTAPHA (CARDIOLOGUE) TOTAUX : 650.00 650.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SIX CENT CINQUANTE DHS

PLAFOND PC : ACOMPTE:

REMISE : 0.00 REGLE : AVOIR :

RESTE DU: 650.00

DATE FACTURE : 28/04/2021

EDITEE LE : 28/04/2021

PAR: MOURAD

ACCIDENT DE TRAVAIL :

DATE AT :

VISA

N° DE POLICE :

Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef
BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA
N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31

CARDIOLOGIE CNSS DERB GHALLEF

ECHOCARDIOGRAPHIE

Nom **FARIHI HALIMA**

Id patient **FARIH24_24427**

2D		M-Mode		Doppler	
Ld	7.4 cm	SIVd	0.9 cm	VM E Vit	0.82 m/s
Ad	25.3 cm ²	VGd	4.6 cm	VM Vmax	0.83 m/s
Vol.Télé(S-L)	73 ml	PPVGd	0.5 cm	VM Vmoy	0.40 m/s
Vol.Télé(simp.)	72 ml	SIVs	1.1 cm	VM GDmax	2.72 mmHg
Ls	5.6 cm	VGs	2.7 cm	VM GDmoy	0.88 mmHg
As	12.9 cm ²	PPVGS	1.2 cm	VM ITV	18.2 cm
Vol.Télés.(S-L)	25 ml	Vol.Télé(Teich)	95 ml	FC	69 BPM
Vol.Télés.(simp.)	26 ml	Vol.Télés.(Teich)	27 ml	VA Vmax	1.36 m/s
FE(S-L)	65 %	FE(Teich)	72 %	VA Vmoy	0.88 m/s
FE(simpson)	64 %	FR%	41 %	VA GDmax	7.35 mmHg
		Vol.Eject.(teich)	68 ml	VA GDmoy	3.58 mmHg
		Mas. VGd	107.89 g	VA Env.Ti	318 ms
		Mas.VG.syst	97.96 g	VA ITV	28.1 cm
				FC	72 BPM

Conclusion :

LE VENTRICULE GAUCHE NONDILATE NON HYPERTROPHIE A FONCTION SYSTOLIQUE NORMALE

AORTE INITIALE DE CALIBRE NORMAL

PAS DE VAPVULOPATHIE

PERICARDE SEC

VCI NORMALE

PAS D'HTAP PAPs=20mmHg

LES CAVITES DROITES NORMALES

LES PRVG NORMALES

LE MASSIF AURICULAIRE NORMALE

Date **28/04/2021**

Dr. ATLAB Mustapha
Cardiologue
أخصائي أمراض القلب والشريان
Gsm: 0661 06 29 52

CARDIOLOGIE CNSS DERB GHALLEF

Image 1

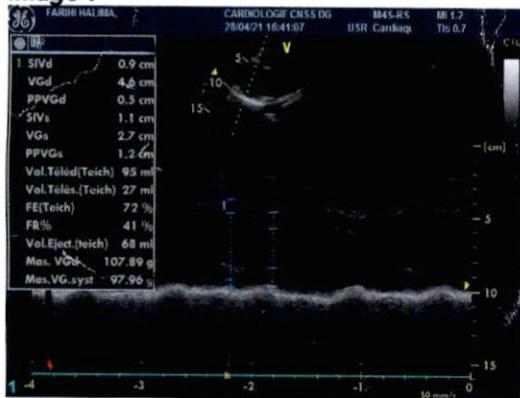


Image 2

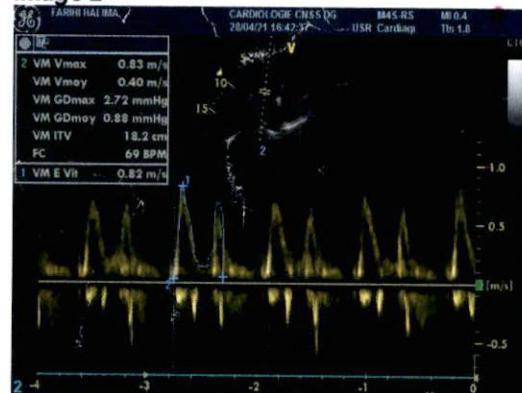


Image 3

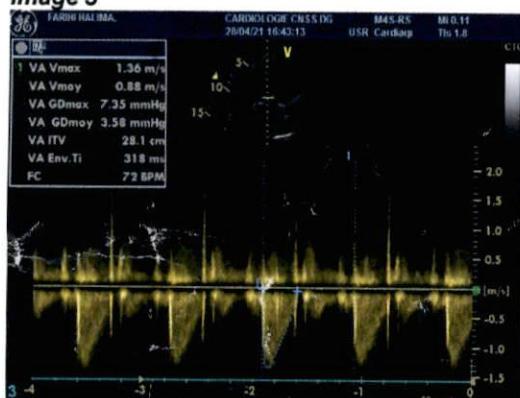


Image 4

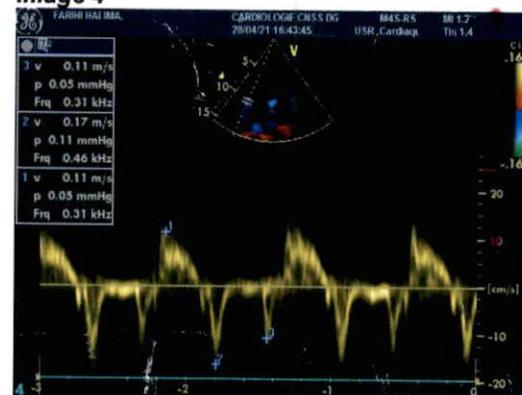


Image 5

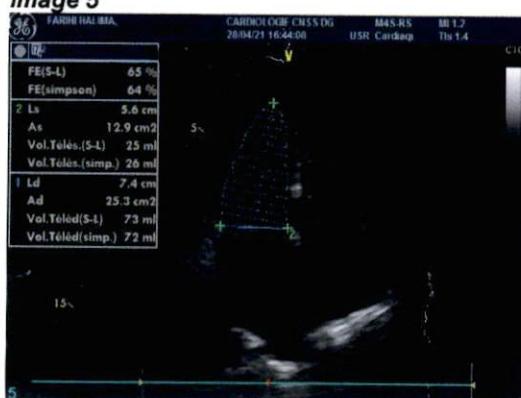
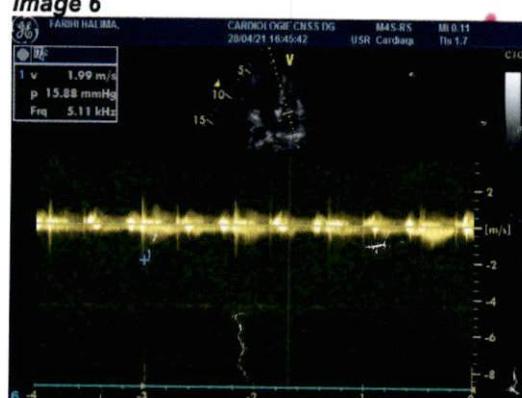
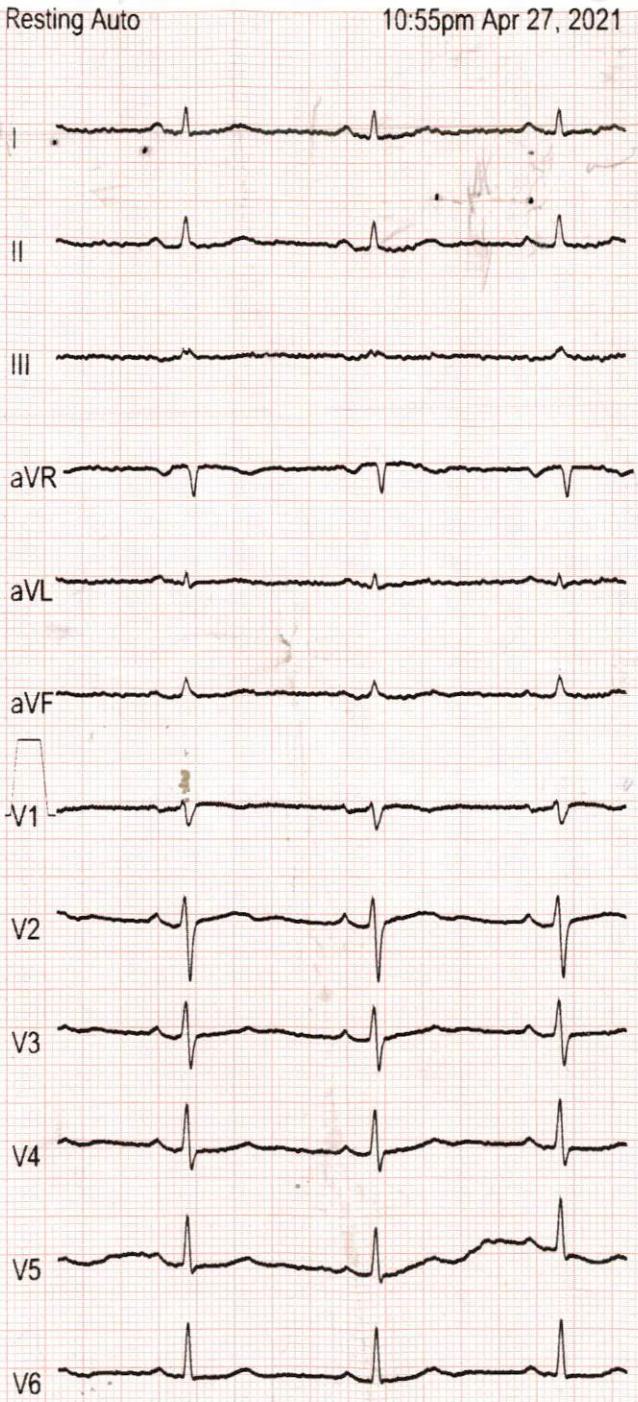


Image 6



Resting Auto

10:55pm Apr 27, 2021



0s 1s 2s 3s

25mm/s, 10mm/mV, AC60, DE0.1, ME35, LE200

Hospital: Hospital RECID: 224

Patient: ID: 20210427.2255 Birthdate:

Age: Sex: Sys: Dia: Weight: Height:

Drugs:

Ronit H. Heimer
2714/21

[Measured Cardiac Rythm Events]

HR: 62bpm PR: 132ms QRS: 78ms QT: 402ms QTc: 407ms QTr: 0.99

RV: 0.66mV SV1: -0.26mV P/QRS/T/QRST axis: 27.60/31.41/51.39/19.98 deg

[Interpretation Summary - Adult]

84- QRS <= 0.5 mV in four extremity leads.

Consider obesity, hypothyroidism and pericardial effusion.

[Doctor comments]

Doctor's name: Doctor

