

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-625565

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8938 Société : 8768

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OUIZINE SLIMANE

Date de naissance : 1949

Adresse : 219, Route 177 Thami - Haydala -

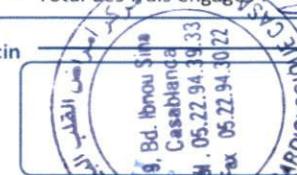
CASABLANCA

Tél. : 0660301438 Total des frais engagés : 1000,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : OUIZINE SLIMANE Age : 75

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 : CASABLANCA

Le : 11 OCT 2021

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
2021	Examen d'dent	10000		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

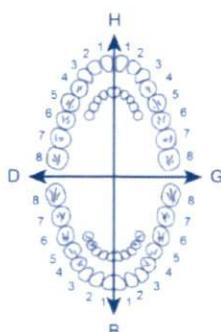
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>G</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	G	21433552	D	00000000		00000000		00000000		00000000	B	35533411		11433553	MONTANTS DES SOINS	
H	25533412	G	21433552																
D	00000000		00000000																
	00000000		00000000																
B	35533411		11433553																
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																			
<p>MONTANTS DES SOINS</p>																			
<p>DATE DU DEVIS</p>																			
<p>DATE DE L'EXECUTION</p>																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. Saâd SOULAMI
Professeur de Cardiologie
356, Rue Mostafa El Moâni
tel: 0522 221884/261336 - CASA

Casablanca le

08/10/2024

On 21/10/2024
Séjour au Spa
Spa au Spa

Prise de

~~Dr. Saâd SOULAMI
Professeur de Cardiologie
356, Rue Mostafa El Moâni
tel: 0522 221884/261336 - CASA~~

المستعجلات 24h/24h

19, Bd Ibnou Sina - Casablanca Tél: 05 22 94 39 33 (L.G) - Fax: 05 22 94 30 22

www.cardiocasaanfa.com - Email. contact@cardiocasaanfa.com - I.C.E. : 001742957000002

Patente: 35806678 - I.F: 1004548 - C.N.S.S.: 6021589 BMCI - Agence Mohamed V - RIB: 013 780 01 104 01384700132 48

05 22 94 30 22 - 05 22 94 39 33 - الفاكس: 05 22 94 39 33 - شارع ابن سينا، الدار البيضاء الهاتف:

بياننا: 35806678 - ت. ج: 1004548 - ص. وض. ج: 6021589 التعريف البنكي: 48 013 780 01104 01384700132 48



DATE D'EXAMEN 08/10/2021

FACTURE N° 1052/ 21

MEDECIN TRAITANT : DR SAAD SOULAMI

NOM ET PRENOM :OUZINE SLIMANE

DESIGNATION	NOMBRE	UNITAIRE	TOTAL
EPREUVE D'EFFORT	1	1 000,00	1 000,00
<u>TOTAL GENERAL</u>			1 000,00

ARRETEE LA SOMME DE LA FACTURE DE :
MILLE DIRHAMS ./.



المستعجلات 24h/24h

19, Bd Ibnou Sina - Casablanca Tél: 05 22 94 39 33 (L.G) - Fax: 05 22 94 30 22

www.cardiocasaanfa.com - Email. contact@cardiocasaanfa.com - I.C.E. : 001742957000002

Patente: 35806678 - I.F: 1004548 - C.N.S.S.: 6021589 BMCI - Agence Mohamed V - RIB: 013 780 01 104 01384700132 48

05 22 94 30 22 - الفاكس: 05 22 94 39 33 - شارع ابن سينا- الدار البيضاء الهاتف:

بياننا: 35806678 - ت.ج: 1004548 - ص.وض.ج: 6021589 التعريف البنكي : 48 013 780 01104 01384700132

Nom: **Ouzine Slimane**
No ID: **OUZINE**

Cas n°:

08102021

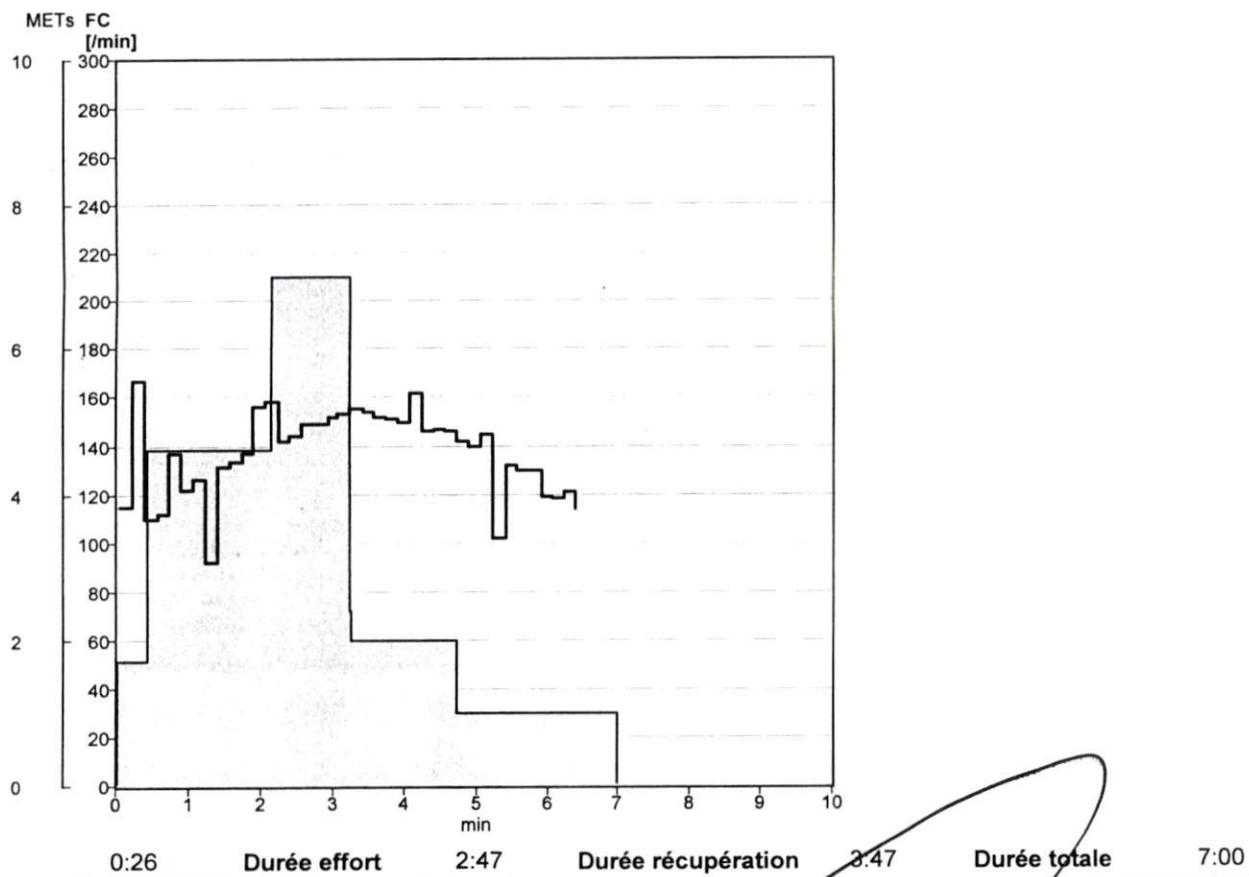
Né: 01.01.1949
Age: 72 A
Sexe: M
Taille: -- cm
Poids: -- kg
Indic: SAAD, Dr SOULAMI
Med:

METs max 7,0 (--) METs
FC max: 162 (148) /min
PA max: -- / -- mmHg
PA * FC max - mmHg / min
Min. BP x HR 0 mmHg / min
DP-Factor -
Surface corporelle -- m²

Critère d'arrêt:

Rem:

Protocole: BRUCE
Ergo / PA: Schiller Intertrack 8100T / -

**Interprétation**

EPREUVE D EFFORT MENEE A 100 % DE LA FREQUENCE MAXIMALE THEORIQUE

AU PALIER 5 DU PROTOCOLE DE BRUCE

NEGATIVE CLINIQUEMENT ET ELECTRIQUEMENT

BONNE ADAPTATION DE LA PRESSION ARTERIELLE A L'EFFORT

ABSENCE DE TROUBLES DU RYTHME OU DE LA CONDUCTION

DR SOULAMI SAAD

Validé

/ 08.10.2021 19:30:29

SDS-200 2.70.1

-- Composante Totale --

(CS-200 1.62 5.61 2.70.1)

Page 1/4

Nom: **Ouzine Slimane**No ID: **OUZINE**

Cas n°:

08102021

Critère d'arrêt:

Rest time 0:26
 Durée effort 2:47
 Durée récupération 3:47
 Durée totale 7:00

Indic: SAAD, Dr SOULAMI

METs max 7,0 (--) METs (--) %
 FC max: 162 (148) /min (109) %
 PA max: -- / -- mmHg
 PA * FC max - mmHg / min
 Min. BP x HR 0 mmHg / min
 DP-Factor -

Protocole: BRUCE

Ergo / PA: Schiller Intertrack 8100T / -

Protocole Paliers		ST@J +60ms											
	Temps mm:ss	METs	Vitesse [km/h]	Elévation [%]	FC [/min]	PA [mmHg]	ST V5 [mm]	P	Y	D	B	R	ES
Pré	0:26	1,7	1,5	0,0	110	-	1.7	0	0	0	0	0	-
Charge1	1:43	4,6	2,7	10,0	142	-	1.2	0	0	0	0	0	-
STMax	2:30	7,0	4,0	12,0	152	-	0.7	0	0	0	0	0	-
Charge2	2:47	7,0	4,0	12,0	155	-	0.7	0	0	0	0	0	-
Réc	1:00	2,0	2,0	0,0	147	-	1.1	0	0	0	0	0	-
Réc	2:00	1,0	0,0	0,0	139	-	1.7	0	0	0	0	0	-
Réc	3:00	1,0	0,0	0,0	124	-	1.0	0	0	0	0	0	-
Fin	3:47	1,0	0,0	0,0	96	-	0.9	0	0	0	0	0	-

Nom: **Ouzine Slimane**
No ID: **OUZINE**

Cas n°:

08102021

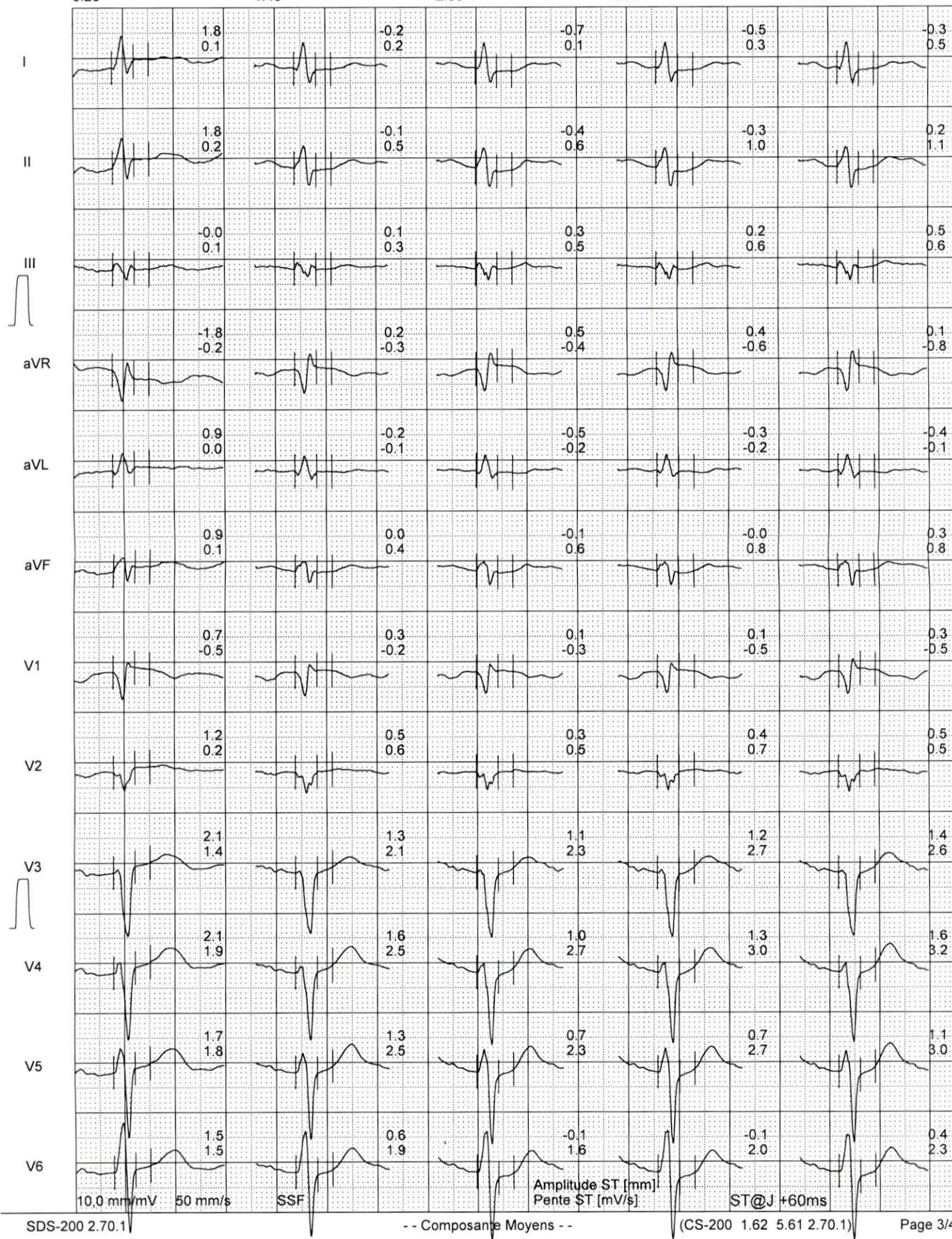
Pré
110 /min
1,7 Mts
/- mmHg
0:26

Charge1
142 /min
4,6 Mts
/- mmHg
1:43

STMax/Charge2
152 /min
7,0 Mts
/- mmHg
2:30

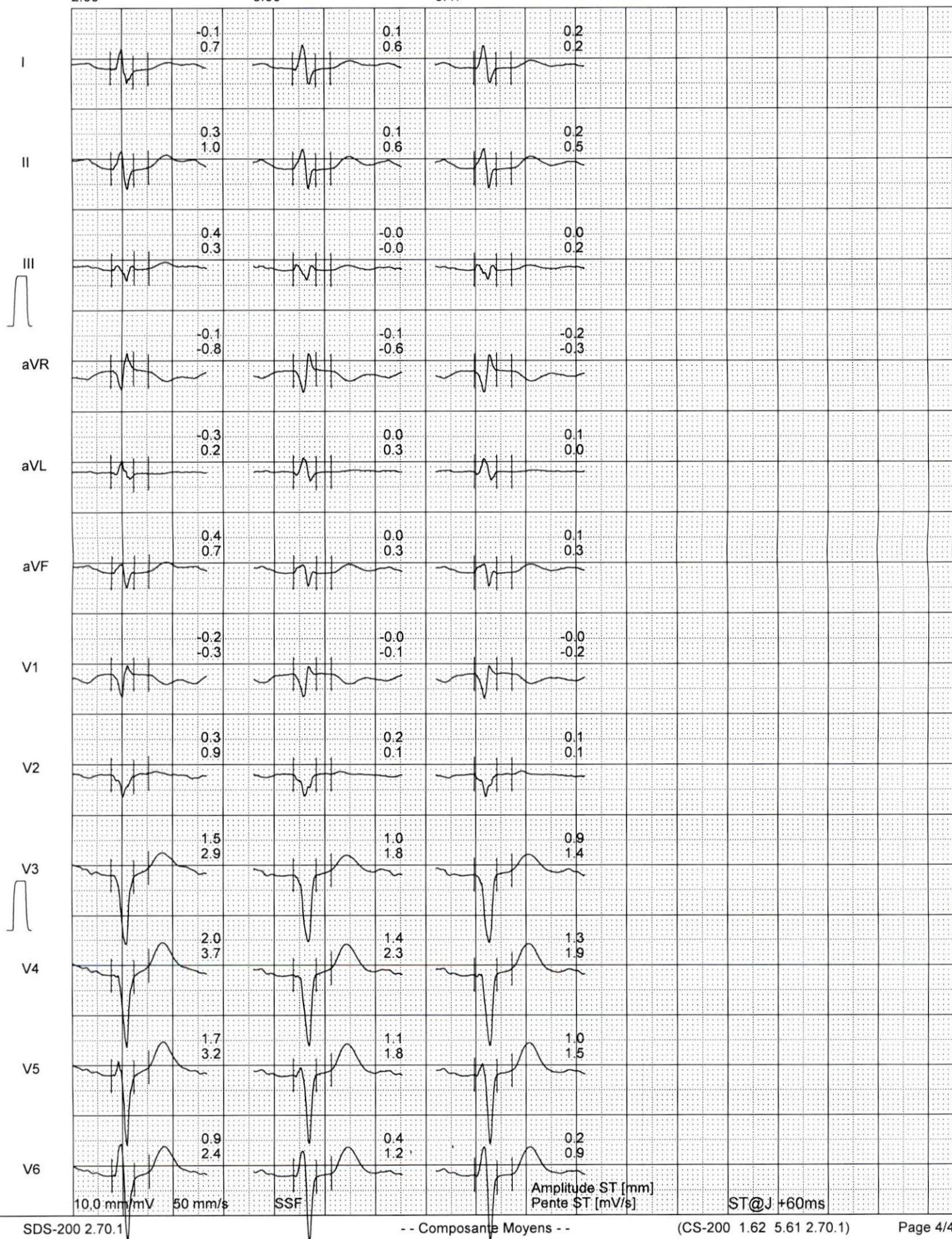
Charge2
155 /min
7,0 Mts
/- mmHg
2:47

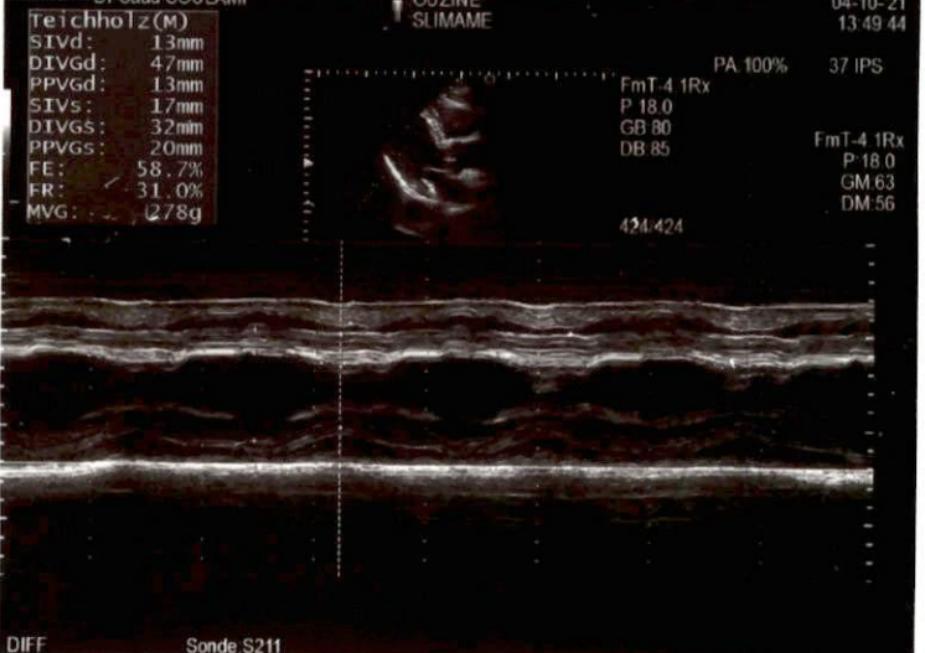
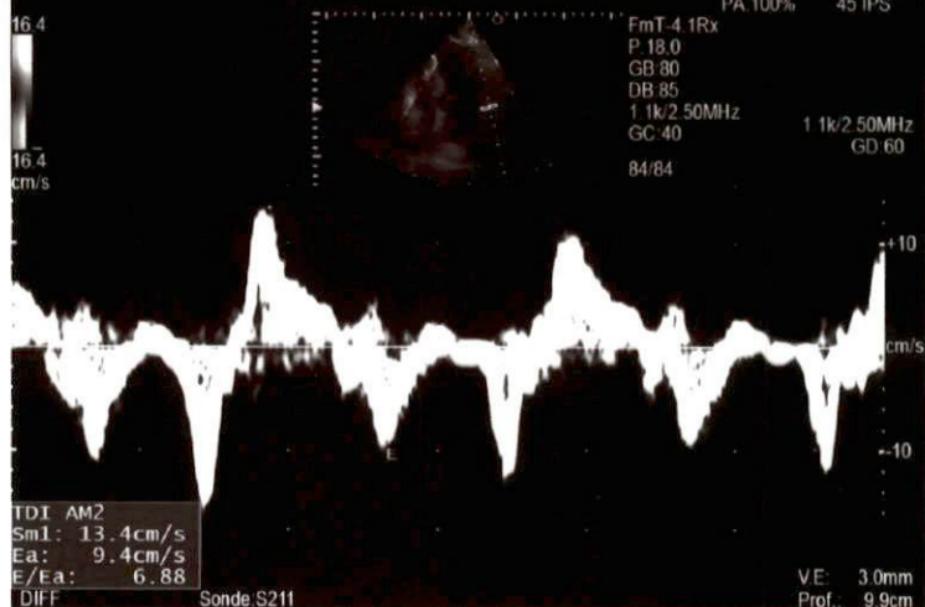
Réc
147 /min
2,0 Mts
/- mmHg
1:00



Nom: **Ouzine Slimane**
No ID: **OUZINE**

Cas n°:

08102021Réc
139 /min
1,0 Mts
-/- mmHg
2:00Réc
124 /min
1,0 Mts
-/- mmHg
3:00Fin
96 /min
1,0 Mts
-/- mmHg
3:47



PA.100% 37 IPS

FmT-4.1Rx

P.18.0

GB.80

DB.85

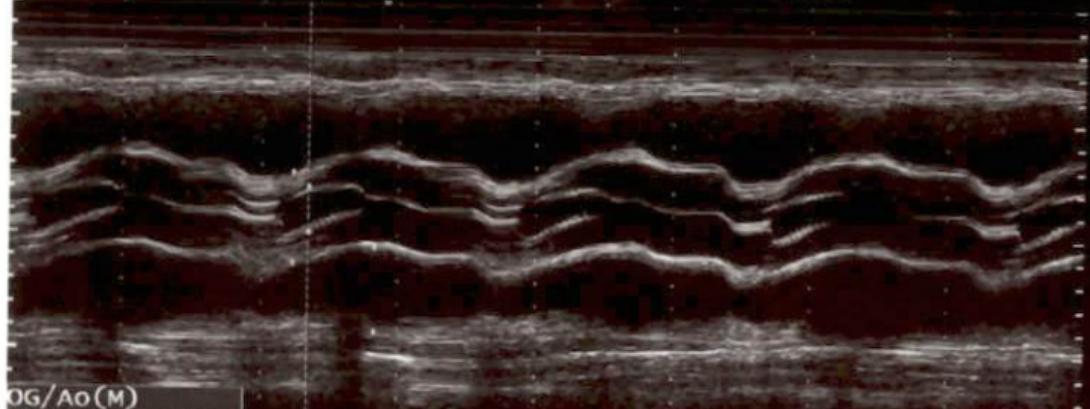
FmT-4.1Rx

P:18.0

GM.63

DM.56

203/203



OG/Ao (M)

DOGS : 36mm

DAOD : 39mm

DVAS : 20mm

DIFF

Sonde S211