

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 : 408

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHOURY MALIKA Ep - HIBOUR

Date de naissance : 01/01/1915

Adresse : Rue, SARIABOU ZOUNAUM. Quartier
Palmier. Maroc
Tél : 0638440547 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Saâd SOULAMI
Professeur de Cardiologie
356, Rue Mostafa El Maâni
Tél. 22.18.84/26.12.36 - CASA

Date de consultation : 13/09/2022

Nom et prénom du malade : CHOURY MALIKA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA

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) :



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
13/09/2022	Dr. AFCG		500,00	Dr. S. S. de Casablanca 19, Bd Ibnou Sina Casablanca - Tél : 0522.94.39.33 0522.94.30.22

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
EDRE KHALIL PHARMACEUTICALS LTD. - 25/02/1987	22/02/1987	2604.90

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 Je 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
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

ctionnel, l'héraputique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



13/09/2022

Dr. SOULAMI Saïd
CARDIOLOGUE
professeur Agrégé

Mr. Charles F. Y.
Reinke

1401467

6 118001 130290

COSYREL 10mg/10mg

30 comprimés pelliculés

PPV : 135,60 DH

Sandor Maroc - Casablanca

14970052

6 118001 130290

COSYREL 10mg/10mg

30 comprimés pelliculés

PPV : 135.60 DH

Servier Maroc - Casablanca

Dr. SOULAMI Saâd
CARDIOLOGUE
Professeur Agrégé

المستعجلات ~~Urgence 24h/24h~~ ^{professeur}

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. : 00174295700002

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

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

Boîte sécurisée pour votre protection

PPV: 159DH90



PPV: 159DH90



6 118001 170791

Liste I - Uniquement suivi

TAHOR 40MG 28 CPS

P.P.V : 159DH90

Laboratoires
Pfizer
S.A.



6 118001 170791



DATE D'EXAMEN : 13/09/2022

FACTURE N° 2986/22

MEDECIN TRAITANT : DR SAAD SOULAMI

NOM ET PRENOM : MME CHOURY MALIKA

DESIGNATION	NOMBRE	UNITAIRE	TOTAL
CONSULTATION + ECG	1	500,00	500,00
<u>TOTAL GENERAL</u>			500,00

ARRETEE LA SOMME DE LA FACTURE DE :

CINQ CENT 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:

بنائنا: 35806678 - ت ج: 1004548 - ص و ض ج: 6021589 التعريف البنكي : 013 780 01104 01384700132 48

ID:

Nom:

Sexe: Homme

Date naiss:

Ans

. cm kg mmHg

Fréquence ventriculaire	58	bpm
Intervalle PR	210	ms
durée QRS	112	ms
int. QT/QTc	438/ 434	ms
axe P/QRS/T	185/ -53/ 42	°
• ampli RV5/SV1	0.370/ 0.690	mV
ampli RV5+SV1	1.060	mV

1200 Rythme auriculaire

2231 Bloc AV du 1er degré

2440 Bloc de branche droit incomplet

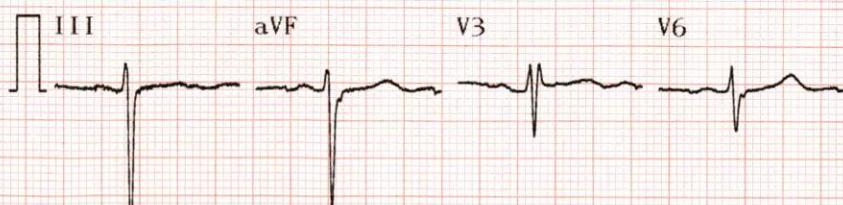
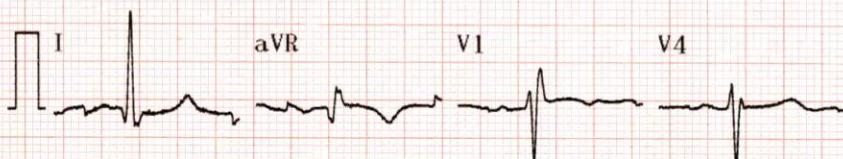
2630 Hemibloc antérieur gauche

4012 Sous-décalage modéré de ST

5233 Critères de voltage pour l'HVG

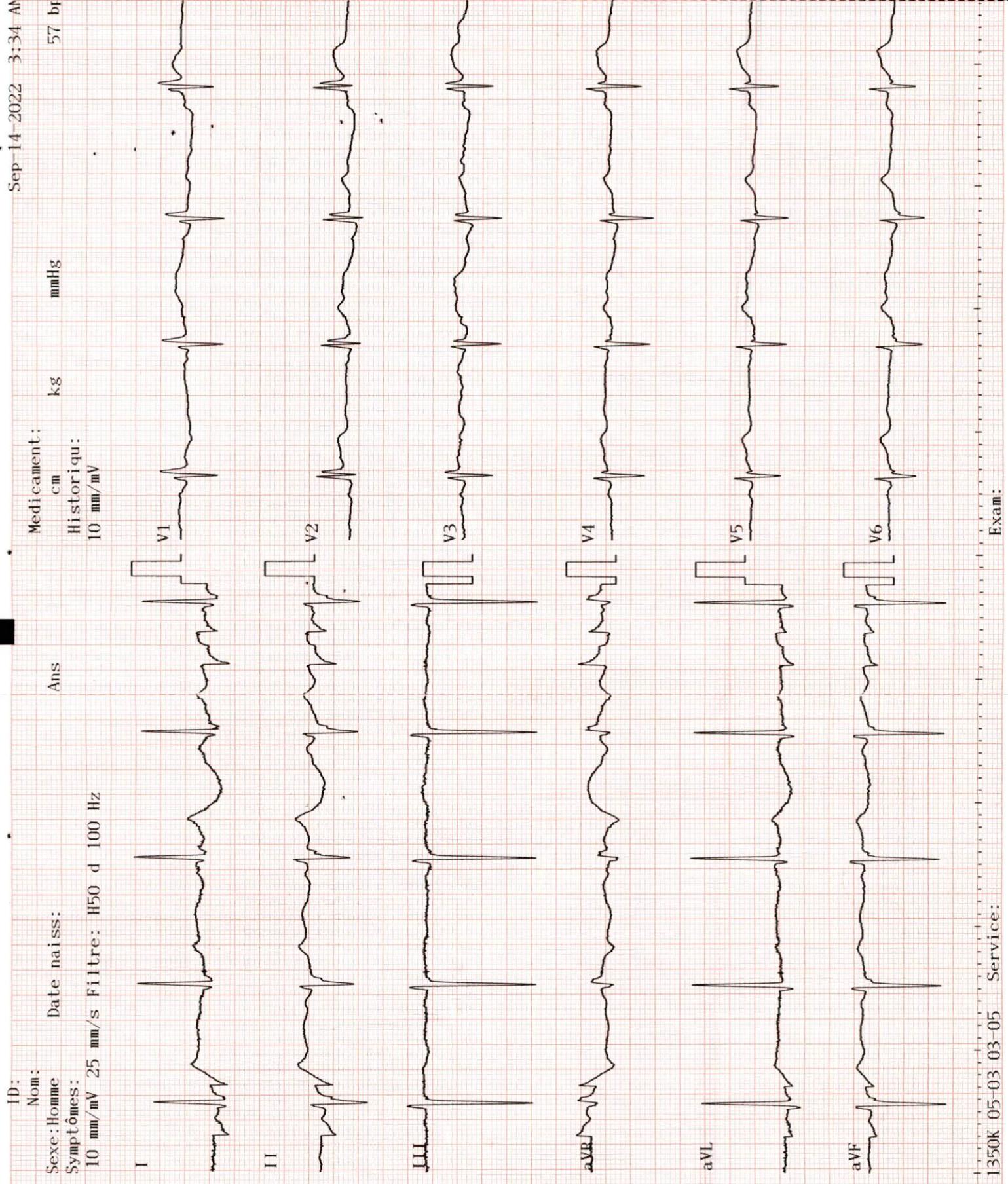
9150 ** ECG anormal**

10 mm/mV 25 mm/s Moyenne



Rapport non confirmé
Revu par:

Exam:



Exam:

1350K 05-03 03-05 Service: