

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 canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0046024

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1259 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NASA SALAH

Date de naissance : 01.01.1952

Adresse : rue 33 N°36 ALIAA - OULFA - CASA

Tél. : 06 62 80 73 55 Total des frais engagés : 892,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/02/2023

Nom et prénom du malade : BAGASSE Batoul Age : 65

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Pneumologie

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 : CASA Le : 03/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
03.02.2023	Rx (ECG)		3000 1000	Dr. Sami S. El Maani Professeur de Cardiologie 256 Rue de l'Indépendance Ad. Bouhassoune El Maani 022 26 13 14

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	492,70 03/02	

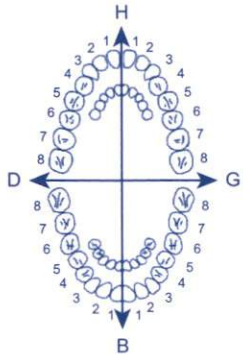
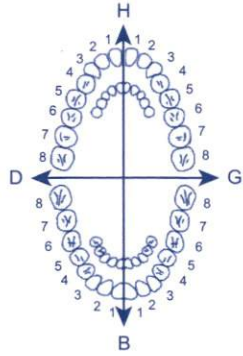
[illegible][illegible]

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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.


[illegible]

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			G
	00000000		00000000
	35533411		11433553

(Création, remont, adjonction)

	H 25533412 21433552 00000000 00000000 <hr/> 00000000 00000000 35533411 11433553 <hr/> B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
	D G (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
		DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
		DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>

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 Cœur et des vaisseaux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Echo Doppler Couleur - Holter

Patient: AGASS

AGASS

AGASS

132,70 x 3

AGASS 100

Traitement de : 1 q levent

Trois (03) Mois

28,80 x 2

2. Atenolol 1/2

37,00

Dulastav 4

492,40

Dr Saad SOULAMI

356, Rue Mostafa El Maâni (côté 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



Tel: 05 22 22 18 84
06 62 88 90 91
Rue 150 El Oulfa
Casablanca, le 03 FEB 2023

د. سعد السلمي
بكلية الطب بالدار البيضاء

أمراض القلب و الاوعية الدموية

طب بباريس

صدى و الدوبلير بالابلوان

LOT: 12621004
PER: 11/2023
PPU: 132,70 DH

LOT: 12621004
PER: 11/2023
PPU: 132,70 DH

LOT: 12621004
PER: 11/2023
PPU: 132,70 DH

PPV 28,80
LOT

PPV 28,80
LOT

PPV 28,80
LOT

PPV 28,80
LOT

PPV 28,80
LOT

PPV 28,80
LOT

PPV 28,80
LOT

PPV 28,80
LOT

PPV 28,80
LOT

PPV 28,80
LOT

PPV 28,80
LOT

PPV 28,80
LOT

PPV 28,80
LOT

PPV 28,80
LOT

PPV 28,80
LOT

Docteur Saâd SOULAMI

Professeur de Cardiologie

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Echo Doppler Couleur - Holter



الدكتور سعد السلمي

أستاذ سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

إختصاصي في أمراض القلب و الاوعية الدموية

خريج كلية الطب بباريس

فحص القلب بالصدى و الدوبلير بالالوان

Patient :

BAGASSE Fatou

Casablanca, le

03.02.2023

Notation

Consultation Cardiologie

G

3008

+

K16

(ELG)

1008

4008

Signature

Quintessence

Dr. Saâd SOULAMI
Professeur de Cardiologie
356, Rue Mostafa El Maâni
CASABLANCA
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

356, زقة مصطفى المعاني (قرب زقة أكادير) - الدار البيضاء

356, Rue Mostafa El Maâni (coté Rue d'Agadir) - 1^{er} étage - Casablanca - E-mail : cabinet.soulami@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

BAGASSE, BATOUL

ID:

D-naiss:

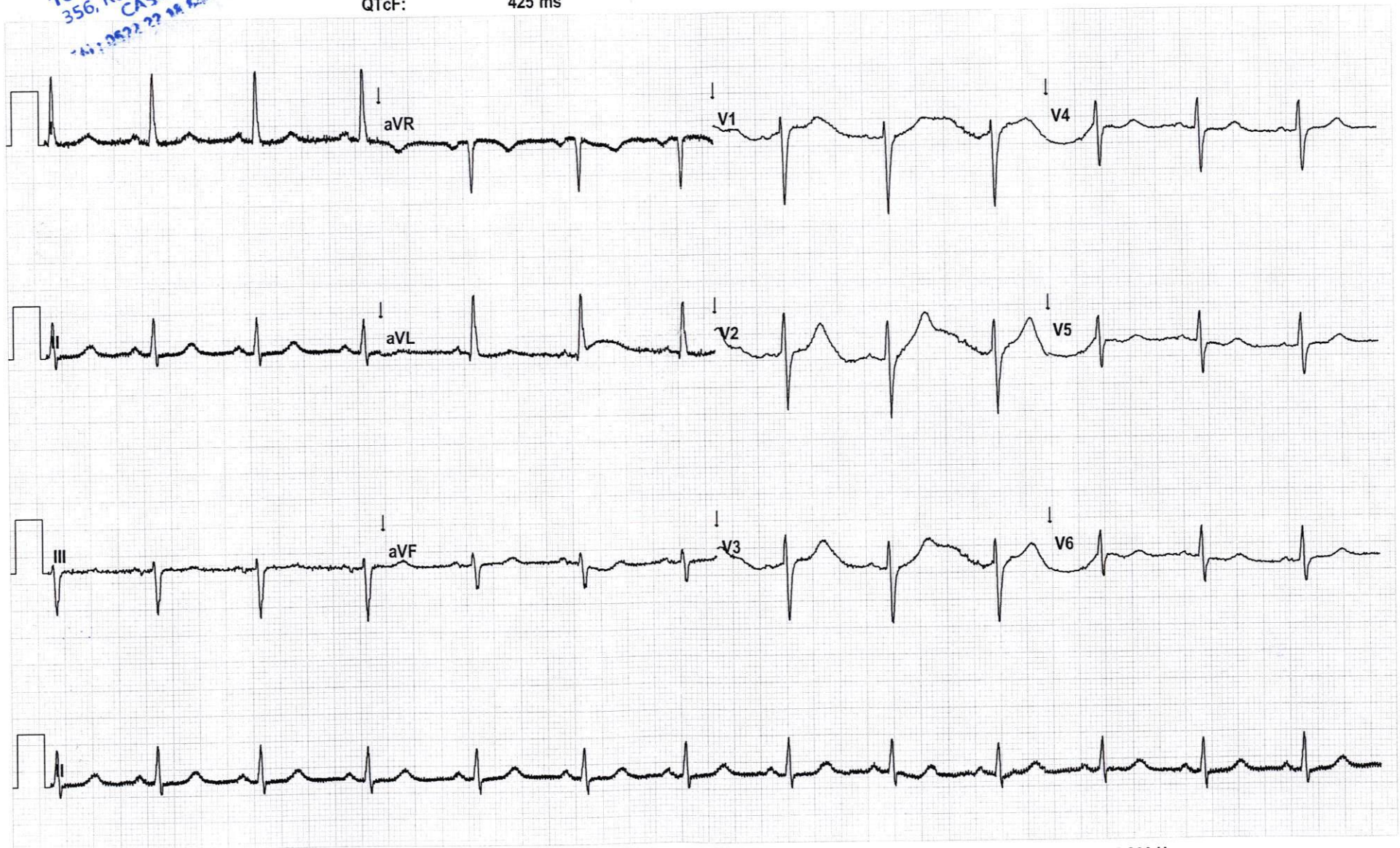
0ans,

03-Fév-2023 07:03:02

RYTHME SINUSAL
ANOMALIE NON SPECIFIQUE DE L'ONDE T
ECG ANORMAL

Fréq.Card: 76 BPM
Int PR: 150 ms
Dur.QRS: 92 ms
QT/QTc: 392 / 423 ms
Axes P-R-T: 20 -10 88
Moy RR: 780 ms
QTcB: 443 ms
QTcF: 425 ms

Non confirmé



Site Zero

Site # 0 App.# 0 ELI Link 4.11.6.0 Séquence # 46479 25mm/s 10mm/mV 0.05-300 Hz