

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.

M22- 0015524

148545

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 606 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : QANDIL FATIMA

Date de naissance : 01 - 01 - 1975

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. CHAHI IDRISI T
Cardiologue
OSM: 06 61 86 30 50

Date de consultation : 6/01/23

Nom et prénom du malade : QANDIL Age : 52

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Decompression d'ADH Pathologie : ALFA

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCUEIL

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) : QANDIL

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhésion@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.

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
06.02.2013	Consultation	1	250	
	esse Clinique Chal			
	rb-Ghali			
				DR. CHAHI DR ISSA Cardiologue Tunisie : 06 61 86 30 3

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	6.2.23	98.0

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة
ORDONNANCE

Le 26/12/23

Dr Ameur Fattah

Lesilia 200 mg en flacon (50)

N° 5

19,60
ex

98,00

Dr Ameur
CNSS
Derb Ghallef
Polyclinique
Téléphone : 022 86 31 68

الدكتور الكبير هسادي
Dr. Laxbir QIYADI
اختصاصي في أمراض القلب والشرايين
CARL VOGUE
INPE 11191405

FURILAN® 5 Ampoules injectables

PPV 19DH60

EXP 08/2025

LOT 28014 2



FURILAN® 5 Ampoules injectables

PPV 19DH60

EXP 08/2025

LOT 28014 2



FURILAN® 5 Ampoules injectables

PPV 19DH60

EXP 08/2025

LOT 28014 2



FURILAN® 5 Ampoules injectables

PPV 19DH60

EXP 08/2025

LOT 28014 2



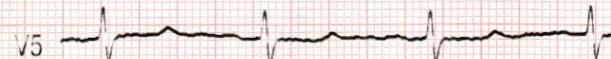
FURILAN® 5 Ampoules injectables

PPV 19DH60

EXP 08/2025

LOT 28014 2





0s 1s 2s 3s

25mm/s 10mm/mV AC60 DF0 1 MF35 LE200

[Measured Cardiac Rythm Events]

HR: 70bpm PR: 147ms QRS: 96ms QT: 410ms QTc: 442ms QTr: 0.93
 RV5: 0.42mV SV1: -0.24mV P/QRS/T/QRST axis: 337.59/337.25,17 24/39.99 deg

[Interprétation Résumé - Adulte]

28- QRS axis range from 0 to -30 degrees.

Not necessarily pathological.

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

Consider obesity, hypothyroidism and pericardial effusion.

[Doctor comments]

Nom du médecin: Doctor



Right: 90° Left: -90°

POLYCLINIQUE CNSS - 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

A

N° IPP : 1358728	N° SEJOUR : 230011799	FACTURE N° 2302003433				DATE D'ENTREE : 06/02/2023		DATE DE SORTIE : 06/02/2023		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		QANDIL, Fatima		
MALADE : QANDIL, Fatima		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI								
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S. :								
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 : 0172011 DR CHAHIR IDRISI TAIBI (CARDIOLOGUE)	TOTAUX : 250.00								250.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :								ACOMPTE :
DEUX CENT CINQUANTE DHS	REMISE : 0.00	REGLE :							AVOIR :
	RESTE DU: 250.00								
DATE FACTURE : 06/02/2023	EDITEE LE : 06/02/2023	PAR: LAGRIB	ACCIDENT DE TRAVAIL						
VISA			N° DE POLICE						DATE AT :
			Réglément à effectuer à l'ordre de :						
			BANQUE : POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef						
			N° compte bancaire : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA						
			011 780 0000 70 210 00 60 028 31						

POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef
Rue de la Sécurité Sociale
Quartier des Hôpitaux
20100 CASABLANCA