

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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.

Biologie 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.

Éducation :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

Nº P19- 058997

Conférence Optique SF Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3503

Société :

46.37

Actif Pensionné(e)

Autre : Epouse

Nom & Prénom : Najeddine Aïdel Kader

Date de naissance : 01-01-1948

Adresse :

Tél. : 06.98.51.75.73 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

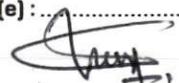
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 05/11/2020

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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.

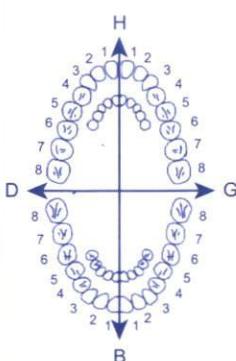
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dôcteur Saâd SOULAMI

Professeur de Cardiologie

Spécialiste des maladies du Coeur et des vaisseaux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Echo Doppler Couleur - Holter



الدكتور سعد السلمي

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

Patient:

Mr. T. M. R. S. S.

17,70

Traitement de :
1/2 q le mardi
et vendredi

72,00 x 3

Kadette 20 S.V.

25,00 x 2. 1 q S.V.

Digoxine 4 p S.V.

356, Rue Mostafa El Maâni (coté 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 20 13 36 - Urgence : 06 65 14 69 96

CNSS : 2700608 - IF : 41802254 - ICE : 001755076000067 - IPN : 091130922



Casablanca, le 01/07/2020

Traitement de :
1/2 q le mardi
et vendredi



$$\begin{array}{r} \text{consultation} = 300,- \\ \text{pharmacie} \quad \quad \quad 3275,70 \\ \hline 3575,70 \end{array}$$

$$3575,70 \times 90\% = 3218,13$$

DR. Soulard

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du patient (e) : *Jidrissi khadja*

Age du patient : *22 ans* Date des soins :

Nature de la maladie : *Cardiologie*

S'il s'agit d'un accident ou d'un traumatisme, causes et circonstances^(*) :

(*) : Au cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, veuillez communiquer les renseignements sous pli confidentiel séparé, à l'attention du médecin conseil de la compagnie.

PRATICIEN	DATE	NATURE DES ACTES	COTATION	HONORAIRES	SIGNATURE ET CACHET DU PRATICIEN
MEDECINS TRAITEMENTS	07/06/2020	3+46	300	300	<i>Dr Jidrissi Khadja Professeur de Cardiologie 35 Rue Mostafa El Maati Bab El Magaria - 36 Sous le Dr Nabil Boulaakoul</i>
PHARMACIE	07/06/2020		39770	39770	<i>Pharmacie Nezha El Aoud 16, Rue Mostafa El Maati Bab El Magaria - 36 Tunis - Tunisie Tel : 71 / 72 - Fax : 00 214 22 26 19 02</i>
ANALYSES / RADIOGRAPHIES					
AUXILIAIRES MEDICAUX					
OPTICIEN					



N° règlement : 2020039687

DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

Contrat n° : 004.2020.00000036-01
Adhésion n° : 00000192
Malade : Lui même
Numéro RIB :

Ste contractante : SOCIETE CENTRALE DE
Adhérent(e) : LIDRISSI KHADIJA
Déclaré le : 23/07/2020

Soin du : 01/06/2020
Sinistre n° : 040.2020.00242195
Date décision : 05/08/2020
Reçu le : 23/07/2020

ATLANTA
ASSURANCES

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
CONSULTATION DE SPECIALISTE	300.00	0.00	300.00	90.00	270.00
Pharmacie	3 275.70	0.00	3 275.70	90.00	2 948.13
Totaux	3 575.70	0.00	3 575.70		3 218.13
Dossier n°	1163248	Règlement compagnie (Dhs)			3 218.13

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)

LIDRISSI, KHADIJA
ID:

0yr
Unknown

Comment:

Dr. Jdid S. L. A. M.
Professeur de Cardiologie
3561, Rue Mostafa El Maani
Tunis 22-1a - 18:36 - GASA

01-Jun-2020 12:33:36

Vent rate: 71 BPM
PR int: 165 ms
QRS dur: 86 ms
QT/QTc: 379 / 402 ms
P-R-T axes: 55 -12 51

RYTHME SINUSAL
SOUS DECLAGE DE ST MODERE
ECG ANORMAL
ATTENTION: LA QUALITE DES DONNEES PEUT INFLUENCER L'INTERPRETATION

Revu par _____



Site Zero

Site # 0 Cart # 0 ELI Link 4.11.6.0 Sequence # 40000 25mm/s 10mm/mV 0.05-300 Hz