

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° W21-790914

TRA

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 4915		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e)		<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : KADIRI Yamina			
Date de naissance : 08.09.1946			
Adresse : 3, Rue Yaber b'nou Mayake, Impasse Palmier CASA			
Tél. : 0668773387		Total des frais engagés : _____ Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100%;"> Dr ZOUBIDI ZINABDOU Mohamed Pr. Agrégé - Cardiologie Interventionnel 67, Rond Point de Marseille Oasis Casablanca - Tel. : +212 5 22 25 51 35 Mob. : +212 6 69 58 10 81 LEADERE Lamia Age: _____ <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Natura de la maladie : HTA En cas d'accident préciser les causes et circonstances : HTA 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. </div>			

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) :

Le : _____ / _____ / _____

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
08/03/2013	GS ECC		3000.00	INP : 09A1268855 TOUBI ZINAR DIN Molla Praticien : Dr. TOUBI ZINAR DIN Molla 67, Rue de la République, 13001 Marseille Casabianca, tél. 04 91 25 12 53

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Prat. Dr. Toubi Zinardin Molla 67, Rue de la République, Casabianca, tél. 04 91 25 12 53</i>	8/3/13	421.20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
</td				



Centre Cardiologique
Interventionnel

ZOUBIDI MOHAMED ZINABIDIN
Professeur Agrégé

ORDONNANCE

Date : 08/03/2023

Mme KADIRI YAMINA

- 1) Coronet 25 mg 1/4 - 0 - 0
180,30 x 4
- 2) Tarog 160 mg 1 - 0 - 0 S.V
- 3) Cardioaspirine 100mg 1 - 0 - 0

x 4 Mois

Pharmacie des GENÉRATIONS
Abdelmajid BALLOU
53, Rue Babou, BP 01351052223503
Casablanca - Tél. : +212 6 69 58 10 81
Mob. : +212 6 69 58 10 81

Fr. ZOUBIDI MOHAMED ZINABIDIN
Pr. Agrégé - Cardiologue
67, Rond Point de Marseille Oasis
Casablanca - Tél. : +212 5 22 25 51 35
Mob. : +212 6 69 58 10 81

Centre Cardiologique Interventionnel

67, Rond point de Marseille, Oasis - Casablanca - Tél. : +212 5 22 25 51 35 - GSM. : +212 6 69 58 10 81 / 6 53 73 19 51
E-Mail : mz_zoubidi@yahoo.fr / mz_zoubidi@centrecardiologie.com / www.centrecardiologie.com



6118001030309

TAREG 160 mg○

28 comprimés pelliculés
PPV : 180.30 DH



6118001030309

TAREG 160 mg○

28 comprimés pelliculés
PPV : 180.30 DH



6118001030309

TAREG 160 mg○

28 comprimés pelliculés
PPV : 180.30 DH



6118001030309

TAREG 160 mg○

28 comprimés pelliculés
PPV : 180.30 DH



CABINET DE CARDIOLOGIE

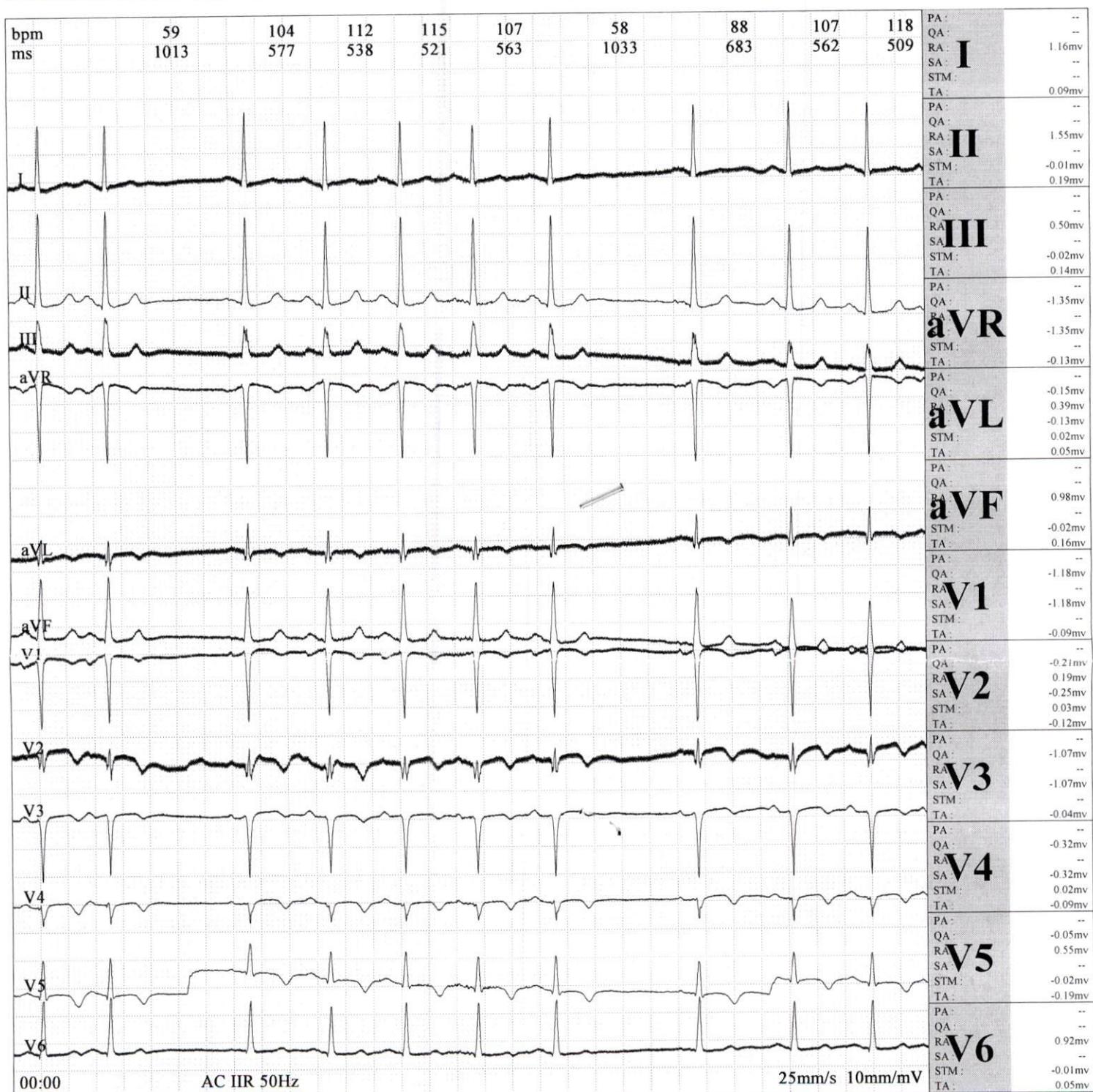
ECG

Name : KADIRI YAMIN Sex :
SN : 0015350 Case No. :

Age :
Bed No. :

Clinic No. :
Date : 08/03/2023

Section :



Frequency:	1000Hz	PR Interval:	--	Prompt: Total Beats 18 ,Normal Beats 15,SVE 3 ,VE 0 . Cardiac electric axis normal;possible old extensive anterior MI;IV4V5V6Abnormal T wave;
Sample Time:	13s	QT Interval:	336 ms	
HR:	91bpm	QTc Interval:	414 ms	
P Interval:	--	P Axis:	--	
QRS Interval:	71 ms	QRS Axis:	60.40@b	
T Interval:	146 ms	T Axis:	65.20@b	

Physician Signature: