

## 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

- 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.

**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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-803927

175112

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3404 Société : RM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Ahmed

Nom & Prénom : QASSOUD Ahmed

Date de naissance : 08/05/1960

Adresse : RESIDENCE RIAD ANDALOUS  
ANASSERIA V3 CASABLANCA

Tél. : 0561 191639 Total des frais engagés : 1302,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : QASSOUD Ahmed Age :

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

Nature de la maladie : HTA 13 SEP. 2023

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 : 13/09/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019





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
15/06/2013	etc		3000	INP : 091026985 Pr. ZOUBIDI Mohamed Zoubidin Professeur d'Ophtalmologie Interventionnelle Ophtalmologie

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><i>Pharmacie Karamba</i>  <i>N° 6 Boulevard Achille Filali</i>  <i>Alger - Algérie</i>  <i>Tel: 05 2 44 50 44</i></p>	17/06/2023	1002,40

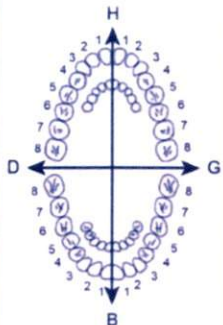
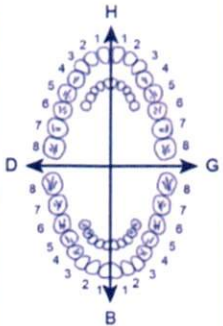
[illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<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		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Centre Cardiologique  
Interventionnel

ZOUBIDI MOHAMED ZINABIDIN  
Professeur Agrégé

# ORDONNANCE

Date : 15/6/2023

M' QASSOU D Ahmed

187.2 x 4

4 Selsol 10/160

1 -

67.40 x 4

4 Tenoretic

2 -

Pharmacie Kanaph  
N° 6 Boulevard Hachemi Filali  
Res. Arcadia - Casablanca  
Tél: 05 44 50 44

x 4 won

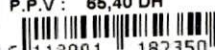
T: 1002.40

Pr. ZOUBIDI Mohamed Zinabidin  
Professeur Agrégé  
Cardiologie Interventionnelle  
67, Rond Point de Marseille Oasis - Casablanca  
Tél: 05.22.25.51.35 - INPE: 091026955

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Tenoretic 50mg/12,5mg  
cp peli b30  
P.P.V : 65,40 DH



Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Tenoretic 50mg/12,5mg  
cp peli b30  
P.P.V : 65,40 DH



Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Tenoretic 50mg/12,5mg  
cp peli b30  
P.P.V : 65,40 DH



Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Tenoretic 50mg/12,5mg  
cp peli b30  
P.P.V : 65,40 DH



E-Mail : mz\_zoubidi@yahoo.fr / mz\_zoubidi@cardiologie.com / w

cardiologie.com / w

cardiologie.com

185,20

185,20

185,20

⇒ 185,20 Ged



# ECG

Name : qassoud ahmed Sex :

Age :

Clinic No. :

Section :

SN : 0000167

Case No. :

Bed No. :

Date : 15/06/2023 14:25:9



Frequency: 1000Hz PR Interval: 265 ms  
Sample Time: 51s QT Interval: 412 ms  
HR: 56bpm QTc Interval: 399 ms  
P Interval: 183ms P Axis: 62.00°  
QRS Interval: 92 ms QRS Axis: --  
T Interval: 251 ms T Axis: 13.90°

Prompt:

Total Beats 47 ,Normal Beats 47,SVE 0 ,VE 0 .  
Longitudinal Left axis deviation;Middling Left axis deviation;I AV block;

Pr. ZOUBIDI Mohamed Zinabdin  
Professeur Agrégé  
Cardiologie Interventionnelle  
Grand Point de Marseille Oasis - Cas.  
S.22.25.51.35 - INPE: 091026955

Pr. ZOUBIDI Mohamed Zinabdin  
Professeur Agrégé  
Cardiologie Interventionnelle  
Grand Point de Marseille Oasis - Casablanca  
S.22.25.51.35 - INPE: 091026955  
Physician Signature: