

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.

N 85633

Déclaration de Maladie : N° S19-0006054

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1483 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ZECHHEB Dina Date de naissance : 1/3/53

Adresse : 109 B^e El Khatib

Tél. : 0661 17 65 35 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : ZECHHEB Dina Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Cardiopathie

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 : Le : 06 DEC. 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhession@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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
21/10/2023	CS + CCC		300 DH	<i>[Signature]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE ODYSSEE Talibou Tannar Ferme Brézon</i>	02/10/2023	1969,10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

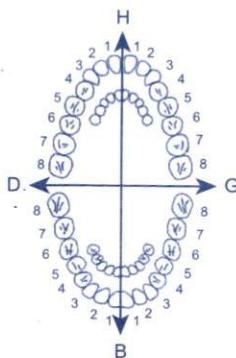
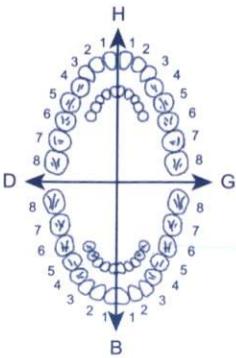
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Centre Cardiologique
Interventionnel

PHARMACIE ODYSSEE
Asmaâ AMOR
15 bis Rue Tanane, Ferme Bretonne
Beauséjour Casablanca
Tél. Fax: 0522 25 52 63

ZOUBIDI MOHAMED ZINABIDIN
Professeur Agrégé

ORDONNANCE

Date :

02/10/2023

T' Lechfus b Amer

27,70 x 3

1 Cardiosupri

(75)

1 - - - 0
1 - - 1
1 - - 1
1 - - 1

37,00 x 2

2 Piprox 2,5

(75)

1/2 - 0 - 0 - 0
1 - - 1
1 - - 1
1 - - 1

167,00 x 3

3 Greslor 10

(75)

0 - 0 7 1
0 - 0 7 1
0 - 0 7 1

437,00 x 3

4 Tamiflu 70/1000

(75)

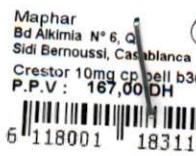
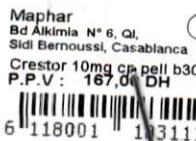
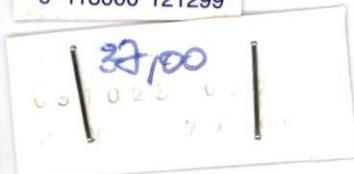
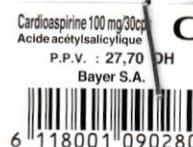
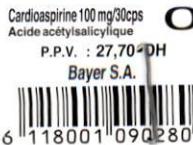
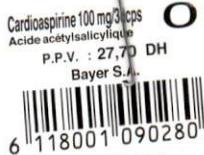
1 - 0 - - 1

Tg 1969,10 + 3800

PHARMACIE ODYSSEE
Asmaâ AMOR
15 bis, Rue Tanane, Ferme Bretonne
Beauséjour Casablanca
Tél / Fax: 0522 25 52 63

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

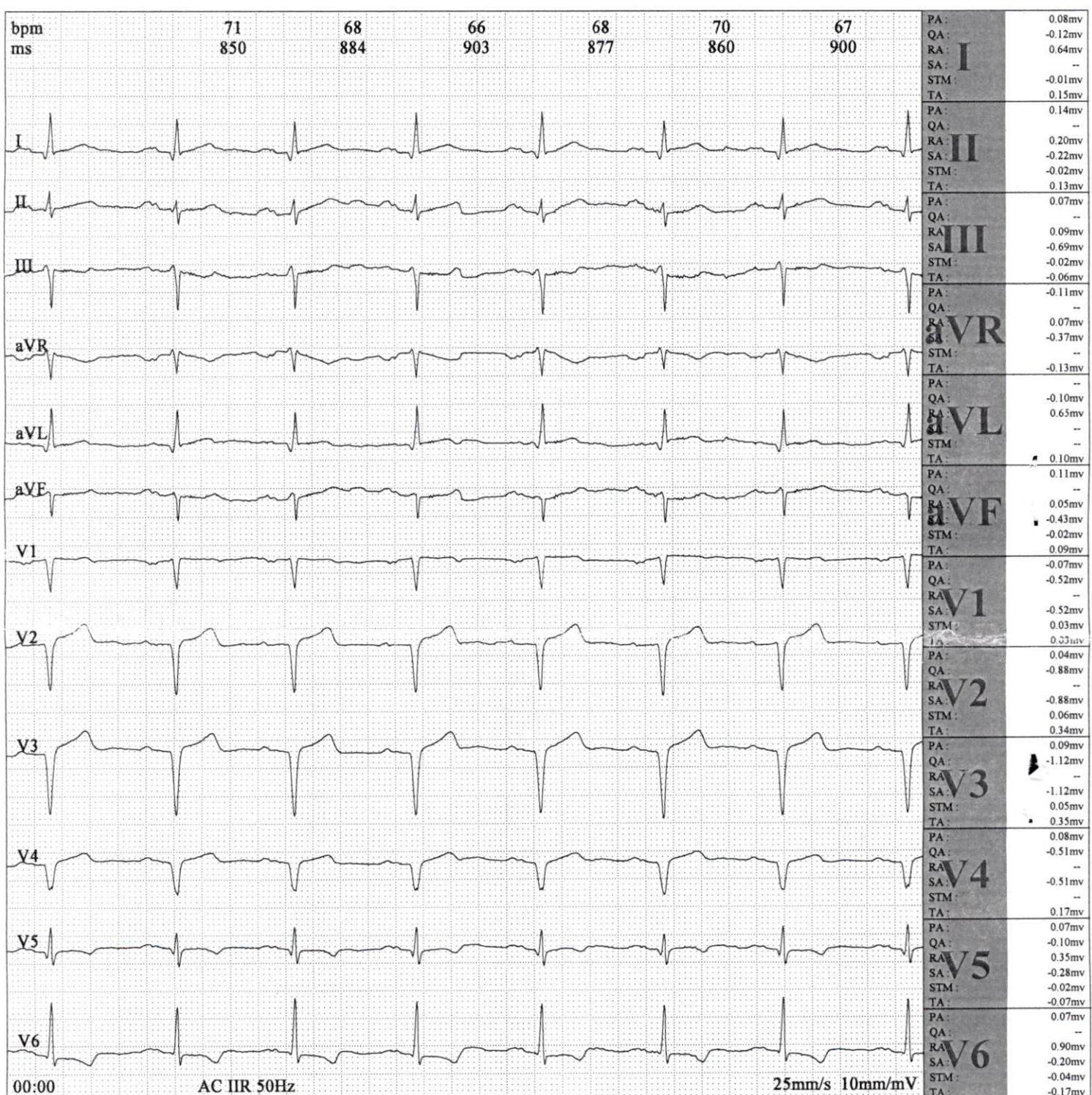


Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.



ECG

Name : lechheb omar Sex : Age : Clinic No. : Section :
 SN : 0000748 Case No. : Bed No. : Date : 02/10/2023 15:39:56



Frequency:	1000Hz	PR Interval:	212 ms	Prompt: Total Beats 12 ,Normal Beats 12,SVE 0 ,VE 0 .
Sample Time:	12s	QT Interval:	391 ms	double atrium Hypertrophy;Severity Left axis deviation;I AV block;old extensive anterior MI;V5V6Abnormal T wave;
HR:	68bpm	QTc Interval:	415 ms	<i>Caridiologist Dr. Zoubidi</i> Professional degree Dr. ZOUBIDI Mohamed Zoubidi
P Interval:	133ms	P Axis:	55.50°Cb	
QRS Interval:	89 ms	QRS Axis:	-31.70°Cb	
T Interval:	233 ms	T Axis:	25.80°Cb	Physician Signature: