

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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



## Déclaration de Maladie

W21-839260

196666

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4915 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom EZZACHARY Yamina (née KADIRI)  
 Date de naissance : 08.09.1946  
 Adresse : 3, Rue Yabber bnou Hayane Imp. Palmier  
 Casablanca  
 Tél : 06.58.77.33.87 Total des frais engagés : .....Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/02/2024  
 Nom et prénom du malade : KADIRI Yamina Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : HTA  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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 : 20/02/24  
 Signature de l'adhérent : [Signature]

PR4FR05/V2/20-10-2023

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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 13/02/24        | G.A.E.C.G.        |                       | 300 dh                          | Pr. ZOUBIR ZINAB<br>Professeur Agrégé<br>Cardiologie Interventionnelle<br>Rond Point de Marseille Oasis - Casablanca<br>Tél: 0522 20 73 43 / 0522 20 73 42 |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

|  |          |        |
|--|----------|--------|
| Pharmacie des GÉNÉRALISTES<br>Dr. ZINAB ZOUBIR<br>Rond Point de Marseille Oasis - Casablanca<br>Tél: 0522 20 73 43 / 0522 20 73 42 | 13/02/24 | 925,60 |
|  |          |        |
|  |          |        |
|  |          |        |
|  |          |        |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

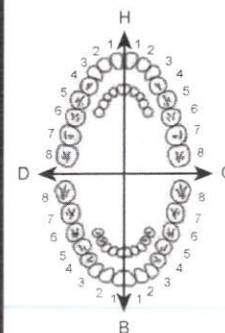
Cachet et signature du Praticien      Date des Soins      Nombre      Montant détaillé des Honoraires

AM      PC      IM      IV

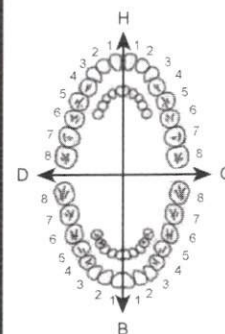
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

|   |          |
|---|----------|
| H | 21433552 |
| D | 00000000 |
| G | 00000000 |
| B | 11433553 |

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession      Montant des Honoraires

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





**ZOUBIDI MOHAMED ZINABDIN**  
**Professeur Agrégé**  
 Coronarographie - Angioplastie - Stimulation Cardiaque

Date : 13-02-2024

Dr Kadiri Younes

Pharmacie des GENERATIONS  
 Abdelmajid BALLOUK  
 53, Rue Jaber Ibn Khyatane en face de la  
 Commune Sidi Belyout Bd d'Anfa Casablanca  
 Tel : 0522.20.73.33 / 0522.26.60.32

27/1 Cardiospermi

S.V

1/4 - 0 - 0 - 0

180,30 x 4

3/ Tareg 160

S.V

69 100

4/ Vit C 300mg

S.V

56,30

5/ D - Ceme

1 amp / 3 jours

6/ Alprostadil

S.V

T. 929,60 x 4 jours

Pr. ZOUBIDI Mohamed Zinabdin  
 Professeur Agrégé  
 Cardiologie Interventionnelle  
 67, Rond point de Marseille Oasis - Casablanca  
 Tél : 0522.25.51.35 - INPE: 091026056

**Centre Cardiologique Interventionnel**

67, Rond point de Marseille, Oasis - Casablanca - Tél.: +212 522 25 51 35 / GSM : +212 669 58 10 81

E-mail : mz\_zoubidi@yahoo.fr / mz\_zoubidi@centrecardiologie.com / www.centrecardiologie.com



|                                     |                     |                      |         |
|-------------------------------------|---------------------|----------------------|---------|
| Name: KADIRI Yamina                 | Frequency: 1000Hz   | PR Interval: 165 ms  | Prompt: |
| Sex:      BedNo.:                   | Sample Time: 30s    | QT Interval: 389 ms  |         |
| Age:      Date: 13/02/2024 15:28:12 | HR: 80bpm           | QTc Interval: 448 ms |         |
| SN: 000784 Section:                 | P Interval: 130ms   | P Axis: 56.20°       |         |
| Cli No.:      CaseNo.:              | QRS Interval: 75 ms | QRS Axis: 46.80°     |         |
|                                     | T Interval: 186 ms  | T Axis: 81.00°       |         |

Dr. ZOUBIDI Mohamed Zinabdin  
 Professeur Agrégé  
 Cardiologie Interventionnelle  
 Hôpital Point de Marseille Oasis - Casablanca  
 22.25.51.35 - INPE: 09102695  
 Doctor: PR MZ ZOUBIDI

