

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

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

Réclamation : 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
N° M21-0030858
70153

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *09221* Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : *TALBY RIAD*
Date de naissance : *05/03/1956*
Adresse : *RESIDENCE RAM RTE EL JADIDA N-233*
CASA BLANCA
Tél : *0661 20 23 14* Total des frais engagés : *377,50* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : *Pr. ZOUBIDI ZINABIDIN Mohamed*
Pr. Agrégé - Cardiologie Interventionnel
67, Rond Point de Marseille Oasis
Casa Blanca - Tél : +212 5 22 25 51 35
Date de consultation : *03/05/2021*
Nom et prénom du malade : *TALBY RIAD* Age : *65 ans*
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : *Polypose*
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 : *06/05/2021*
Signature de l'adhérent(e) : *2f*

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Nos des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
03				
05	Greffe		300,00	
2021				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien Plou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Tel. 05 22 25 02 41 04 MAI 2021	4-5-2021	77,50

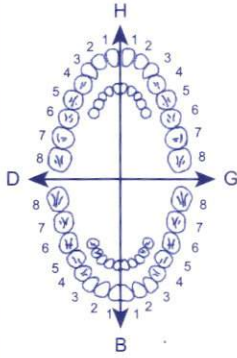
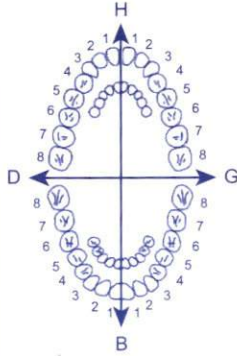
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 50px;" type="text"/> </div> <div style="width: 45%;"> MONTANTS DES SOINS <input style="width: 50px;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 50px;" type="text"/> </div> <div style="width: 45%;"> FIN D'EXECUTION <input style="width: 50px;" type="text"/> </div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 50px;" type="text"/> </div> <div style="width: 45%;"> MONTANTS DES SOINS <input style="width: 50px;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> DATE DU DEVIS <input style="width: 50px;" type="text"/> </div> <div style="width: 45%;"> DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 50px;" type="text"/> </div> </div>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Centre Cardiologique
Interventionnel

ZOUBIDI MOHAMED ZINABDIN
Professeur Agrégé

ORDONNANCE

Pr. ZOUBIDI MOHAMED ZINABDIN
Pr. Agrégé - Cardiologie Interventionnelle
Date : 03-03-2021
67, Rond point de Marseille, Oasis
Casablanca - Tél. : +212 6 69 58 10 81
Mob. : +212 6 69 58 10 81

7^e Talby Road

3570 / Alproy o.c.r. (AS) 110014825

1/2 -

LOT	210367	1
EXP	02	2024
PPV	35,70	35,70

41,80 / 2 / Aulo cardyl 40 (AS)

LOT 20E013
PER: 11/2023
AVLOCARDYL 40MG
CP SEC 850
P.P.V : 41DH80

6 118000 010227

1/2 -

77,50

PHARMACIE G. MARI
Tél. : 05 22 23 03 45
04 MAI 2021
22, Angle Rue Aboumouss et Bd des
Terrains du Sp. Germe Bretonne - Cas.

Pr. ZOUBIDI MOHAMED ZINABDIN
Pr. Agrégé - Cardiologie Interventionnelle
67, Rond point de Marseille, Oasis
Casablanca - Tél. : +212 6 69 58 10 81
Mob. : +212 6 69 58 10 81

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

CABINET DE CARDIOLOGIE

ECG

Name : talby riad

Sex :

Age :

Clinic No. :

Section :

SN : 0011832

Case No. :

Bed No. :

Date : 03/05/2021



00:10

AC HR 50Hz

25mm/s 10mm/mV

Frequency:	1000Hz	PR Interval:	143 ms
Sample Time:	22s	QT Interval:	217 ms
HR:	120bpm	QTc Interval:	307 ms
P Interval:	104ms	P Axis:	54.60°
QRS Interval:	120 ms	QRS Axis:	-177.20°
T Interval:	67 ms	T Axis:	45.40°

Prompt:

Total Beats 42 ,Normal Beats 42,SVE 0 ,VE 0 .
Sinus mode Tachycardia;right atrium Hypertrophy;Severity Right axis deviation;ST depression, possible anteroseptal Myocardial ischemia;V1V3Abnormal T wave;

Pr. ZOUBIDI ZINABIDIN Mohamed
Pr. Agrégé - Cardiologie Interventionnel
67, Rond Point de Marseille Oasis
Casablanca - Tél. : +212 5 22 25 51 37
Mob. : +212 6 99 58 10 81

Physician Signature: