

## 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 réeducations.
- 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.

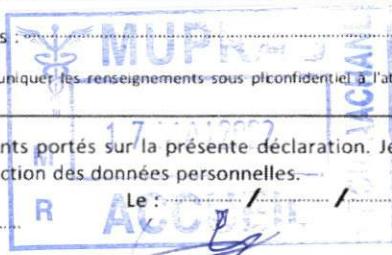
N° W19-525374

MA5334

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	0003401	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Sabir Mohamed			
Date de naissance :	01.01.1943		
Adresse :	38 Ahmed Labrihi		
Tél. :	0663747067	Total des frais engagés :	1608,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin	TOUBIRI ZAHIDIN Mohamed
Cachet du médecin :	Pr. Agrégé - Cardiologie Interventionnel
	67, Rond Point de Marseille Oasis
	Casablanca - Tel: +212 5 22 25 51 35
	400: +212 6 69 58 10 80
Date de consultation :	15.03.2022
Nom et prénom du malade :	EL Bhyry Fatima ép Sabir
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	HTA
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 : 17/03/2022  
Signature de l'adhérent(e) :



## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
<u>15</u>				INP : <u>091026953</u>
<u>03</u>	<u>Creve</u>		<u>300,00</u>	Pr. ZOURIDI MAMOUN Mohamed Pr. Agrégé - Cardiologie Interventionnel C.P. Rond Point de Marseille Oasch Casablanca - Tel. : +212 5 22 25 51 55
<u>02/12</u>				

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/08/2022	1308,80

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **BELEVE 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 : <input type="text"/>																		
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
<b>O.D.F</b> <b>PROTHÉSES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
	H																					
	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
	<hr/>																					
	D	G																				
	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
	<hr/>																					
	B																					
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																					
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		



Centre Cardiologique  
Interventionnel

ZOUBIDI MOHAMED ZINABIDIN

Professeur Agrégé

# ORDONNANCE

Date : 15-03-2022

M<sup>rs</sup> EL Bhyry Fabrice

$$185,60 \times 2 = 271,20$$

1/ losyrel 10/10 S.V. 1 - 0 - 0

$$97,20 \times 5 = 486,00$$

2/ zondip 20 S.V. 1 - 0 - 0

$$113,50 \times 4 = 454,00$$

3/ Hyperenelle S.V. 1 - 0 - 0

$$97,60 \quad 4/ Avoctine$$

S.V. 2 - 0 - 1

1308,80



~~x 4000~~  
Pr. ZOUBIDI ZINABIDIN Mohamed  
Pr. Agrégé - Cardiologie Interventionnel  
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

*R.D.V*

*DR. Z.Z. 2222*

Pz. ZOUBIDI ZINABIDIN Mohamed

Pr. Agrégé - Cardiologie Interventionnel

67, Rond Point de Marseille Oasis

Casablanca - Tél. : +212 5 22 25 51 35

Mob. : +212 6 69 58 10 81

P.P.V : 97.20 DH  
LABORATOIRES SOTHEMA

P.P.V : 97.20 DH  
LABORATOIRES SOTHEMA

P.P.V : 97.20 DH  
LABORATOIRES SOTHEMA

Servier Maroc - Casablanca  
PPV : 135.60 DH  
30 comprimés pelliculés  
COSYREL 10mg/10mg-O  
6 118001 130290

Servier Maroc - Casablanca  
PPV : 135.60 DH  
30 comprimés pelliculés  
COSYREL 10mg/10mg-O  
6 118001 130290

P.P.V : 97.20 DH  
LABORATOIRES SOTHEMA

6 118001 130023  
HYPERIUM 1 mg - O  
Boîte de 30 comprimés  
PPV : 113.50 DH  
Servier Maroc - Casablanca

14010033



6 118001 130023  
HYPERIUM 1 mg - O  
Boîte de 30 comprimés  
PPV : 113.50 DH  
Servier Maroc - Casablanca

6 118001 130023  
HYPERIUM 1 mg - O  
Boîte de 30 comprimés  
PPV : 113.50 DH  
Servier Maroc - Casablanca

6 118001 130023  
HYPERIUM 1 mg - O  
Boîte de 30 comprimés  
PPV : 113.50 DH  
Servier Maroc - Casablanca

CIVASTINE® 20 mg  
Simvastatine  
30 Comprimés pelliculés  
LOT : K3127-2  
PER : 11/23  
PPV : 971DH60