

# 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

- 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

M22- 0014104

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2603 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE  
 Nom & Prénom : Annari Omar  
 Date de naissance : 18/12/1956  
 Adresse : N° 85 Rue 87 AZHARI 2 OULFA CASA  
 Tél. : 0665093703 Total des frais engagés : 300 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : FATHI  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint  
 Nature de la maladie :  
 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 : 25 / 10 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Pr. ZOUBIDI ZINABIDIN Mohamed  
Pr. Agrégé - Cardiologie Interventionnelle  
67, Boulevard de Marseille Oasis  
Casablanca - Tél. : +212 5 22 25 51 35  
Fax : +212 6 69 58 10 81

MUPRAS  
H. HAKANI  
26 OCT. 2022  
ACCUEIL



# 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 montant des Actes
11/01/22	C3 + ECG		3000M	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

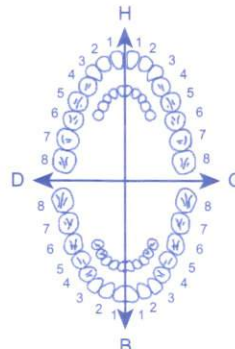
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

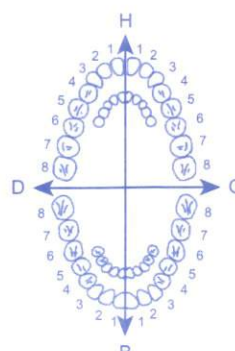
# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient			
					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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<div>H</div> <table><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr></table> <div>D</div> <table><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr></table> <div>B</div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
						MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>									
						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



Centre Cardiologique  
Interventionnel

ZOUBIDI MOHAMED ZINABIDIN  
Professeur Agrégé

# ORDONNANCE

Date : 11/10/2022

M<sup>re</sup> Ayar Fabrice

1 Sparulme 9'

2 - 2 - 2

1/2 h avant les reps

2 Ortie

1 - 1 - 1

Après reps

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



## CABINET DE CARDIOLOGIE

ECG

Name :

Sex :

Age :

Clinic No. :

Section :

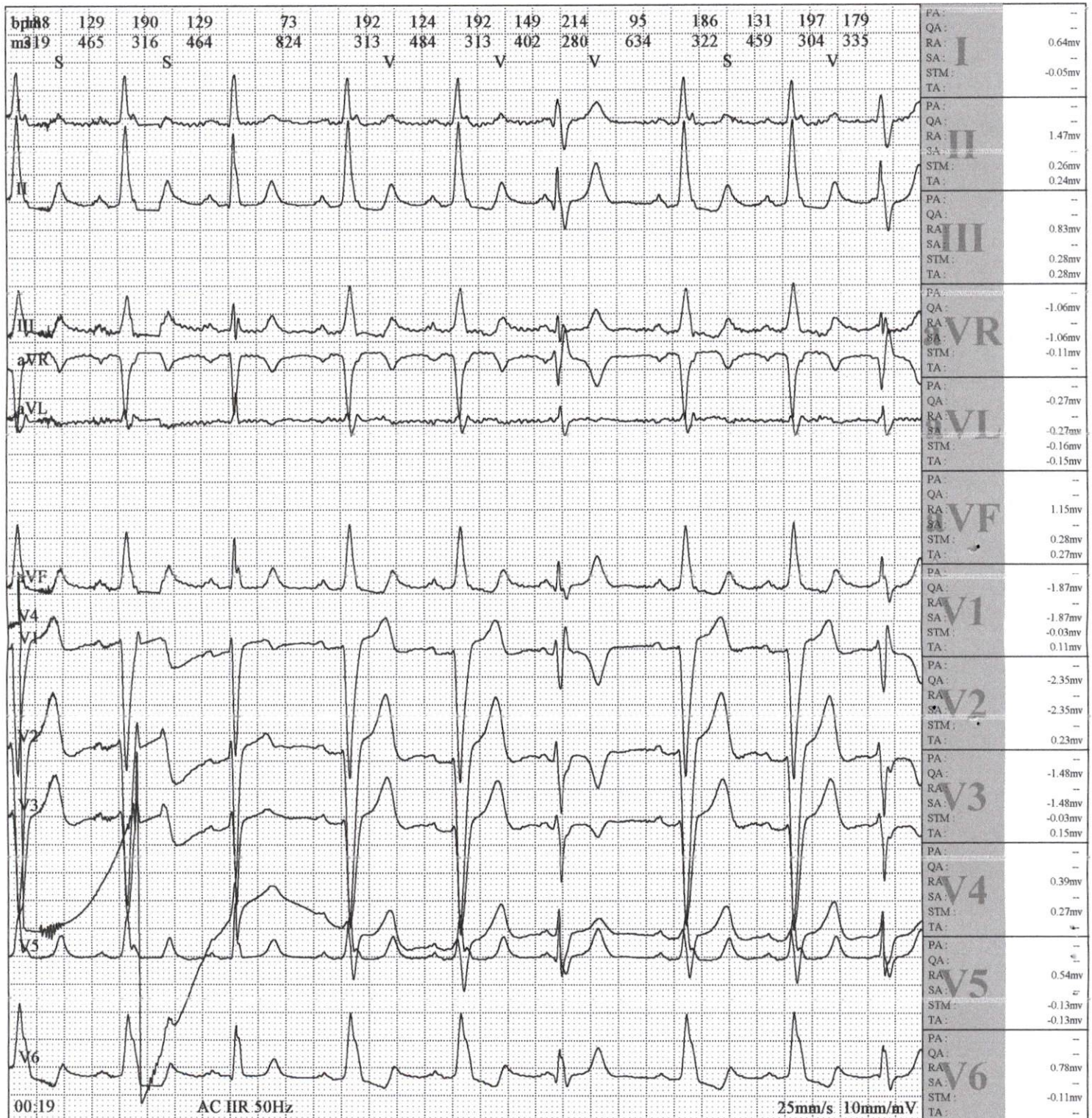
SN : 0014618

Case No. :

Bed No. :

Date : 11/10/2022

AYAR FATI HA



Frequency: 1000Hz PR Interval: --

Sample Time: 31s QT Interval: 227 ms

HR: 130bpm QTc Interval: 334 ms

P Interval: -- P Axis: --

QRS Interval: 137 ms QRS Axis: 72.70°b

T Interval: 48 ms T Axis: 96.70°b

## Prompt:

Total Beats 65 ,Normal Beats 40,SVE 17 ,VE 8 .  
 Cardiac electric axis normal;old anteroseptal MI;ST depression, possible anterolateral  
 Myocardial ischemia;IV4V5V6Abnormal T wave;

Physician Signature: