

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.

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-784976

158358

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1397

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : K. S. M. I. N A J I A E P T A H R I

Date de naissance : 15.07.1951

Adresse : 83, Rue Massia Ben Naceur

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age: _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

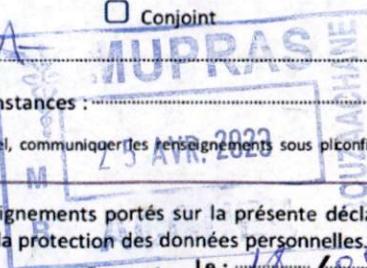
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : _____

Signature de l'adhérent(e) : _____



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
27/01/91	CCG		200000	INP 0000026955
28/01/91				
29/01/91				
30/01/91				

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>											
				Coefficient des travaux <input type="text"/>											
				Montants des soins <input type="text"/>											
				Début d'exécution <input type="text"/>											
				Fin d'exécution <input type="text"/>											
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient des travaux <input type="text"/>
25533412	21433552														
00000000	00000000														
D	G														
00000000	00000000														
35533411	11433553														
					Montants des soins <input type="text"/>										
					Date du devis <input type="text"/>										
					Date de l'exécution <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 : 27/07/2023

4^u KSINI NO JIP

18000

297,00

1/ flacon x 30



1/4
3736
02/2023

ART
3423

0 - 0 - 7

× 4u

3/17

2g Alpro 0,15 (S.V.) 1/2 - 0 - 0
=

8g Auro Cardyl 40



ART
3423

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC B50
P.P.V : 41DH90
LOT : 22EN04
PER : 04/2025
6 118000 010227

1/4 x 1 flacon

11.80
7/4
ICE : 001754606000050
Mme BENOUNA BENZAKOUR Hayat
196, Bd. Zerkouni - Casablanca
Tél: +212 5 22 26 32 53-Fax: 05 22 26 32 53
ICE : 001754806000050

ZOUBIDI ZINABIDIN Mohamed
Pr. Agrégé - Cardiologie Interventionnelle
67, Rond Point de Mersette Oasis
Casablanca - Tél. : +212 5 22 25 51 35
+212 6 69 58 10 81
Mme BENOUNA BENZAKOUR Hayat
196, Bd. Zerkouni - Casablanca
Tél. : +212 5 22 26 32 53-Fax: 05 22 29 36 61
ICE : 001754806000050

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

Spiruline

405,00 2 - 2 - 2



1/1000

405,00

~~959,50~~

Pr. ZOUBIDI ZINABIDIN Mohamed
Pr. Aprégé - Cardiologie Interventionnel
67, Rond Point de Marseille Oasis
Casabianca - Tél. : +212 5 22 25 51 35
Mobi. : +212 6 69 58 10 81

PHARMACIE AIDA

Mme. BENOUNA BENZAKOUR Hayat
196, Bd. Zerkouni - Casabianca
Tél.: 05 22 26 32 53-Fax: 05 22 29 36 61
ICE : 001754606000050

LOT 222826 1
EXP 09 2025.
PPV 297.00

LOT 222494 2
EXP 08 2025
PPV 180.00

LOT 223364 1
EXP 10 2025
PPV 35.70



CABINET DE CARDIOLOGIE

ECG

Name : KSIMI NAJIA Sex :
SN : 0015165 Case No. :

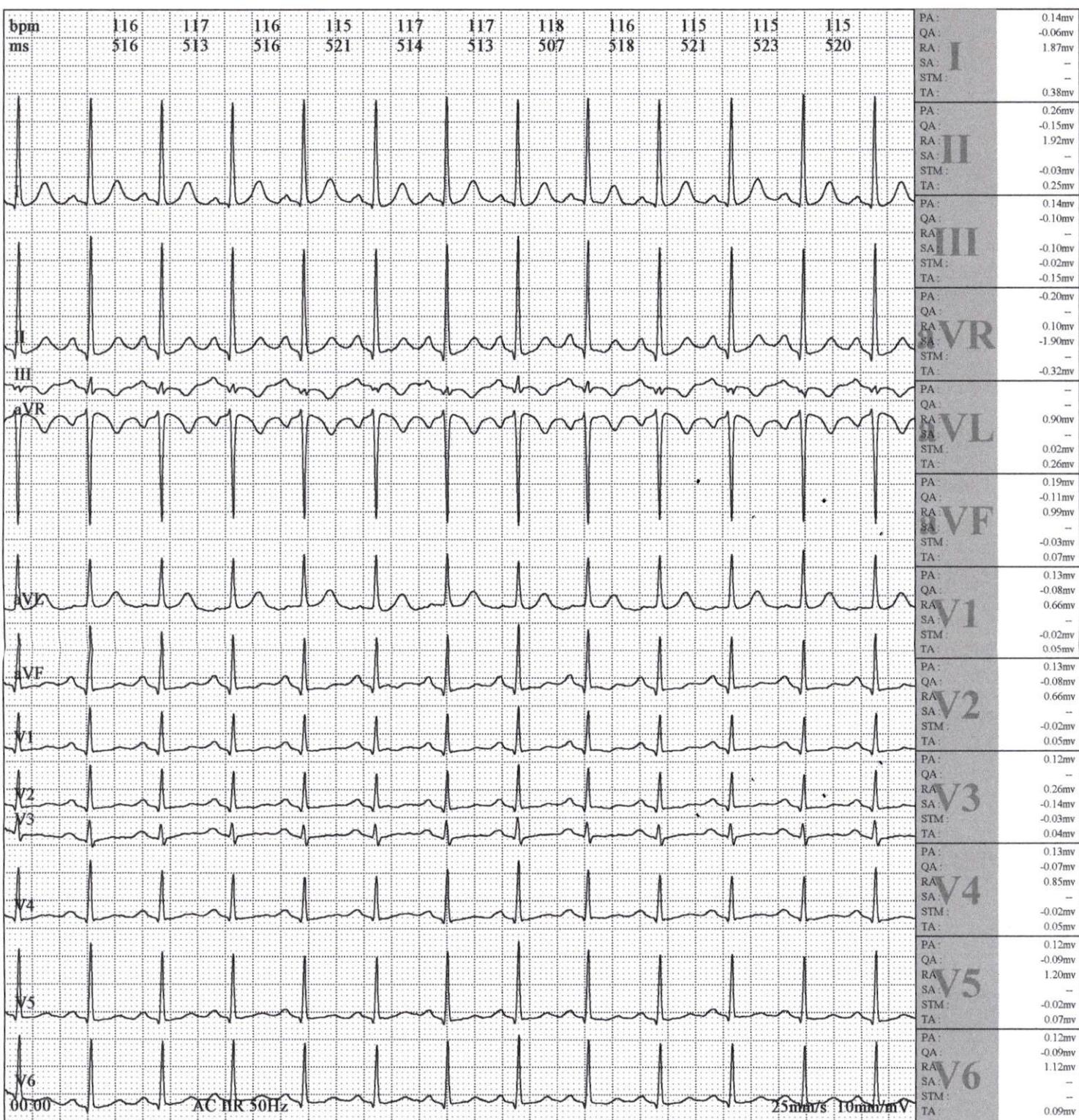
Age :

Bed No. :

Clinic No. :

Section :

Date : 27/01/2023



Frequency:	1000Hz	PR Interval:	151 ms	Prompt:
Sample Time:	13s	QT Interval:	317 ms	Total Beats 23 ,Normal Beats 23,SVE 0 ,VE 0 .
HR:	114bpm	QTc Interval:	436 ms	Sinus mode Tachycardia; right atrium Hypertrophy; Longitudinal Left axis deviation;possible old anteroseptal MI; aVFV1V2V4V5V6Abnormal T wave;
P Interval:	104ms	P Axis:	65.10Cb	
QRS Interval:	78 ms	QRS Axis:	26.20Cb	
T Interval:	191 ms	T Axis:	10.00Cb	

Pr. ZOUBIDI ZINABIDIN Moname
Pr. Agrégé - Cardiologie Interventionnel
67, Rond Point de Marseille Oasis
Casablanca - Tél. : +212 5 22 25 51 35
M&B: +212 6 69 58 10 81

Physician Signature: