

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

- 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



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0013096

164512

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 09221 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : TALBY RIAD

Date de naissance : 05/03/1956

Adresse : RES. RAM RTE EL JADIDA 233 CASABLANCA

Tél. : 0661 20 2314 Total des frais engagés : 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ZOONIBI NABIL
Pr. Anesthésie et Soins Intensifs
67, Rond Point de Marseille Oasis
Casablanca - Tel. : +212 522 25 51 35
Mob. : +212 6 69 58 10 81

Date de consultation : 04/05/2023

Nom et prénom du malade : TALBY RIAD Age : 67 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : B. D. C. U. X

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 : CASA Le : / /

Signature de l'adhérent[e] : RA

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
04/05/2011 20/23	CS + EC	36000		<i>[Signature]</i> Cardiologiste Point de Marseille Oasis 212522255135

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS				
DEBUT D'EXECUTION				
FIN D'EXECUTION				
COEFFICIENT DES TRAVAUX				
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	H	G	
		25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	
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



Centre Cardiologique
Interventionnel

ZOUBIDI MOHAMED ZINABIDIN
Professeur Agrégé

ORDONNANCE

Date : 04. 05. 2023

1^r Telby Raid

Brochette IEB

o - o - 7

x 20

ZOUBIDI ZINABIDIN Mohamed
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

Centre de Cardiologie Interventionnel

Name: TALBY RIAD

Cli No.:

Sex:

Age:

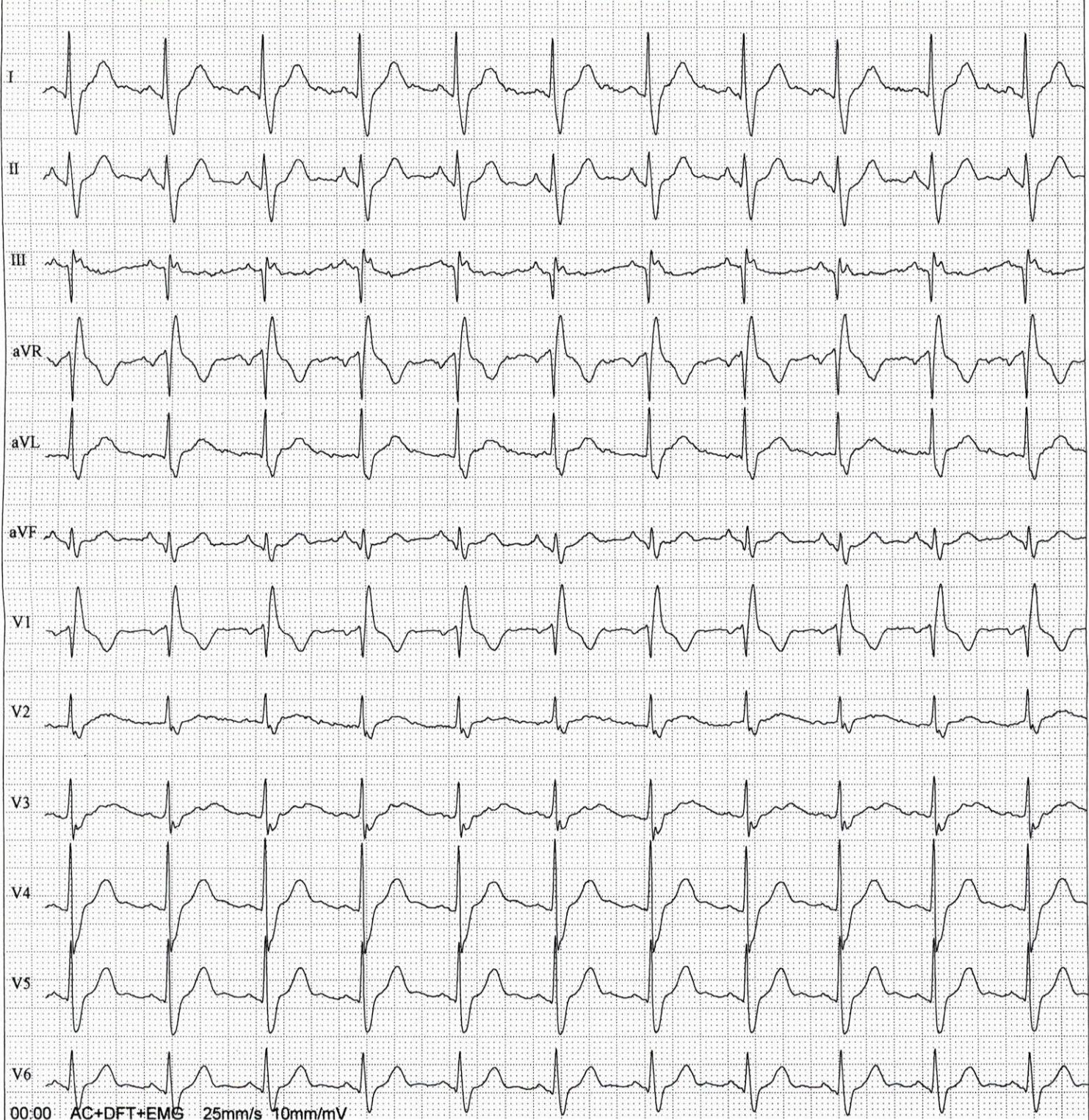
SN:0000740

Section:

CaseNo.:

BedNo.:

Date: 04/05/2023 17:38:25



Frequency:	1000Hz	QT Interval:	--	Prompt:
Sample Time:	8s	QTc Interval:	--	
HR:	87bpm	P Axis:	--	
P Interval:	--	QRS Axis:	--	
QRS Interval:	--	T Axis:	--	
T Interval:	--	RV5/SV1	--/-mV	
PR Interval:	--	RV5+SV1	--	

Dr. ZOUBIDI ZINABIDIN Mohamed
Pr. Agadir - 67000
67, Rond Point de Marseille Casablanca
Casablanca - Tel.: +212 6 69 58 10 31
Mob.: +212 6 69 58 10 31

Doctor: Pr ZOUBIDI