

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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.

20490

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent (e)</b>			
Matricule : <u>34 04</u>	Société : <u>7</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>QASSOUR AHMED</u>
Nom & Prénom : <u>QASSOUR AHMED</u>			
Date de naissance : <u>28/05/1960</u>			
Adresse : <u>Res Riad ANDALOUSS AMERIT 13</u>			
Tél. : <u>06 61 10 16 38</u> Total des frais engagés _____ Dhs			
<b>Cadre réservé au Médecin</b>			
<p>Cachet du médecin :</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">                        Dr. Zouhair Zouhair                      Aggégé                      67, Rue Pointe à la Cigogne                      Casablanca 10052                      Mob: 06 69 58 10 81 - INPE: 09106953                 </div>			
<p>Date de consultation : <u>07/07/2017</u></p> <p>Nom et prénom du malade : <u>QASSOUR AHMED</u> Age : <u>57</u></p> <p>Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p> <p>Nature de la maladie : <u>HTA</u></p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances</p> <p>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.</p>			

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 Signature de l'adhérent(e) : QASSOUR AHMED

Le : 23/10/2017

## 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
13/01/2013 20/01/2013	CS ECG	30000 Fcfa	INPE-109102655 Dr. ZOUREK - Professeur Agrégé Médecin Interventionnelle Centre Hospitalier Oasi - Casablanca	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie du Bourg Hachette Casabianca N° 6 Boulevard Hachette Les Arcades - 75019 Paris</i>	19/10/23	T. 87160.00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **(Création, remont, adjonction)**

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: 13-10-2023.

185120

1851 91 QASSOUD Ahmed

4/ SelbstSV 1160 185,200

$$A = 0 - 6$$

~~65<sup>45</sup> of Temperature~~

T = 871160 DH

Maphar  
Bd Alkimp N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Tenoretic 50mg/12,5mg  
cp pell b30  
P.P.V. : 65,40 DH  
S 11 R 01

X Fus  
Pr. ZOUBIDI Mohamed Ziadine  
Professeur Agrégé  
Intervenant à l'IE

Centre Cardiologique Interventionnel

67, Rond point de Marseille, Oasis - Casablanca - Tél. : +212 5 22 25 51 35 - GSM. :

E-Mail : mz\_zoubidi@yahoo.fr / mz\_zoubidi@centrecardiologie.com / www.centrecardiologie.com

Name:qassoue ahmed

Sex: BedNo.:

Age: Date:13/10/2023 13:57:14

SN:0007176Section:

Cli No.: CaseNo.:

Frequency:

1000Hz

PR Interval:

199 ms

Prompt:

Total Beats 28 ,Normal Beats 28 .

in gear Sinus mode Target rate;Middling Left axis deviation;Abnormal ECG.

Sample Time:

29s

QT Interval:

393 ms

in gear

HR:

62bpm

QTc Interval:

398 ms

Sinus mode

P Interval:

106ms

P Axis:

47.80;ā

Target rate

QRS Interval:

92 ms

QRS Axis:

-12.00;ā

Middling

T Interval:

209 ms

T Axis:

21.00;ā

Left axis deviation

Doctor:

