

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3101 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SABIR Mohamed

Date de naissance : 01/01/1943

Adresse : habib urdi

Tél. : 0663747067 Total des frais engagés : 1756,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : EL Bhyry ep sabri fatin Age : / /

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 : / /

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'exhaustivité 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 : 19/11/2023

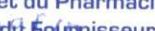
Signature de l'adhérent(e) :

12

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
25/11/2023	CS + ECG		300 Dh	Pr. ZOUBIRI Mohamed El Hage Professeur d'interventionnelle Cardiologue Interventionnelle Bord Polyclinique de la Médina Oasis - Casablanca Tél: 0524 32 51 43 INPE: 091C26+55

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	1456,00 23/11/2023	1456,00

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	

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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ZOUBIDI MOHAMED ZINABIDIN

Professeur Agrégé

ORDONNANCE

Centre Cardiologique
Interventionnel

Date : 23/11/2023

Mme EL Bhyry Sazir Fatima

$$27,70 \times 2 = 55,40$$

1 - cardio Aspirine 100

S.V

128,00

2 - Zanidip 10

S.V

$$135,60 \times 3 = 406,80$$

3 - Cœsyrel 10/10

S.V

$$113,60 \times 3 = 340,80$$

4 - Hyperium 1mg

S.V

136,50

5 - Alyse 25

S.V

$$97,20 \times 4 = 388,80$$

6 - Macal 20

S.V

145



Centre Cardiologique Interventionnel

67, Rond point de Marseille, Oasis - Casablanca - Tél. : +212 5 22 25 51 35 - GSM. : +212 6 69 58 10 81 / 0522 54 42 27
E-Mail : mz_zoubidi@yahoo.fr / mz_zoubidi@centrecardiologie.com / www.centrecardiologie.com



Pr. ZOUBIDI Mohamed Zinabdin
Professeur Agrégé
Cardiologue Interventionnelle
Centre Cardiologique Interventionnel
67, Rond point de Marseille, Oasis - Casablanca
Tél. 0522 54 42 27
E-Mail : mz_zoubidi@yahoo.fr / mz_zoubidi@centrecardiologie.com
www.centrecardiologie.com



Name: el bhyry fatima

Sex: BedNo.:

Age: Date: 23/11/2023 14:35:41

SN: 000739 Section:

Cli No.: CaseNo.:

Frequency: 1000Hz PR Interval: 245 ms Prompt:
Sample Time: 15s QT Interval: 432 ms
HR: 55bpm QTc Interval: 415 ms
P Interval: 203ms P Axis: 76.50°
QRS Interval: 91 ms QRS Axis: 1.40°
T Interval: 217 ms T Axis: 63.30°

Pr. ZOUBIDI Mohamed Zinabdin
Professeur Agrégé
Cardiologue et Médecin Spécialiste
7, Rond Point de la Kasbah - Casablanca
tél: 05 205 22 35 - INPE: 091026955

Doctor: PR MZ ZOUBIDI

