

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## Chimie 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.

## Education :

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.

## Thérapie :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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

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

N° P19-0032202

ND.35159

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1137 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : LOUDINI Ahmed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 06.66.1777.90 Total des frais engagés : 360.04 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Docteur M.ZIZI  
Ancien Interné Des Hôpitaux de Paris  
CARDIOLOGUE  
45, Av Hassan II Casablanca  
Tél: 022 22 10 94 - Fax: 022 22 11 94*

Date de consultation : 13/07/20

Nom et prénom du malade : LOUDINI Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : CGA

Signature de l'adhérent(e) : LOUDINI

Le : 09/07/20

## 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 13/06/2003      | CS                |                       |                                 |   |
| 06/07/2003      | CH                |                       | 30000                           | Docteur M.ZIZI<br>Ancien Interné Des Hôpitaux de Paris<br>CARDIOLOGUE<br>45, Av Hassan II Casablanca<br>Tel: 022 22 10 94 - Fax: 022 22 10 94 |
| 26/07/2003      |                   |                       |                                 |   |

## 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 Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser, si possible, la maladie 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

| SOINS DENTAIRES              | Dents Traitées  | Nature des Soins                                  | Coefficient | Coefficient des travaux |
|------------------------------|---|---|-------------|-------------------------|
|                              |   |   |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                              |   |   |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|                              |   |   |             | FIN D'EXECUTION         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |   |             |                         |
|                              | H<br>25533412<br>00000000<br>D<br>00000000<br>35533411  | G<br>21433552<br>00000000<br>00000000<br>11433553 | B           | Coefficient des travaux |
|                              | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |   |             |                         |
|                              |   |   |             | 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

# عيادة أمراض القلب وداء الشرايين

CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Docteur M. ZIZI

Diplômé en Cardiologie

de la Faculté de Médecine de Paris

Membre de la Société Française de Cardiologie

Lauréat et Ancien Interne des

Hôpitaux de Paris

CARDIOLOGUE

Maladies du Coeur et des Vaisseaux

Echocardiographie - Doppler - Holter

Rythmique - Tensionnel

Expert assermenté Auprès des Tribunaux



الدكتور محمد الزيري

خريج ممتاز من كلية الطب بباريس

عضو الجمعية الفرنسية

لأمراض القلب

طبيب سابق في مستشفيات باريس

45، محج الحسن الثاني

الدار البيضاء

الهاتف: 0522 22 10 94

الفاكس: 0522 22 13 94

خبير محلل لدى المحاكم

Casablanca, le ..... الدار البيضاء، في.

13 JUIN 2020

loulou Alou  
Le VÉPRALE 300/25

100  
11

Docteur M. ZIZI

Ancien Interne Des Hôpitaux de Paris

CARDIOLOGUE

45, Av Hassan II, Casablanca

Tel: 0522 22 10 94 - Fax: 0522 22 13 94

**Docteur M.ZIZI**  
Cardiologue  
Ancien interne des hôpitaux de Paris  
45 Avenue Hassan II  
Casablanca  
Tel :05.22.22.10.94  
GSM : 0661.15.21.04

**ELECTROCARDIOGRAMME**

Mr Mme... Loudini Ahmed  
Le... 13.06.2020

# ECG

Dr ZIZI Mohamed

NOM:LOUDINI AHMED

ID : Genre :Homme

Age :68

DOB :01-01-1952

Date Test:13-06-2020 11:28

Case #: Investigation #: Médecin Référent:Dr ZIZI Mohamed

10mm/mV 25mm/s

