

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.

Pathologie 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.

Prothétique :

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

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 : 1792 Société : RAY (33633)

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 30005,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

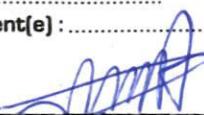
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :

Le : 14/07/2020




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
10/07/2020	A		1000	DR. LILIAN CARDIOLOGUE INTERVENTIONNEL

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ROSEE de la Corniche Rte. d'Azemmour Oulad El Hamdi Dar Bouazza Km 3,500 - Casablanca Tél : 05 22 90 62 98	10/07/20	3005,80

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
<img alt="Diagram of the dental arch showing numbered teeth from 1 to 8 on both upper and lower arches. The diagram is oriented with the upper arch at the top and the lower arch at the bottom. The teeth are numbered 1 through 8 on each side. The diagram is centered with a horizontal axis labeled 'D' on the left and 'G' on the right, and a vertical axis labeled 'H' at				

Dr Hind EL FILALI ADIB

Cardiologue

Cardiologue Interventionnelle

Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux

Epreuve d'effort-Echographie cardiaque

Readaptation cardiaque

الدكتورة هند الفيلالي أديب

أخصائية في أمراض القلب والشرايين

أخصائية في قسطرة أمراض القلب والشرايين

خرسanche كلية الطب ببوردو

فحص القلب بالصدى - اختبار الجهد

إعادة التأهيل الكلية

le : 10/07/2020

Mme. EL BAROUDI ANISSA

Ordonnance

CO VEPRAN 300/25mg 1CP/J LE MATIN	153,60 x 6	921,60
AMEP 10mg 1CP/J LE MATIN	75,20 x 5	376,00
STILNOX 10mg 2CP/J LE SOIR	56,80 x 20	1132,00
DOLIPRANE 500mg 1CPX3/J (4 BOITES)	15,80 x 4	63,20
POLERY SIROP 1CASX3/J PDT 7J (2 FLACONS)	23,90 x 4	95,60
RHUMIX 1SCHTX3/J PDT 10J (3 BOITES)	22,10 x 3	66,00
SEPCEN 500mg 1CPX2/J PDT 10J (2BOITES)	196,50 x 2	393,00
SOLUPRED 20mg 3CP/J PDT 3J	5840	5840

REGIME PEU SALE

QSP 4 MOIS RENOUVELABLE

Pharmacie ROSEE de la Corniche
Rte. d'Azemmour Oulad El Hamdi
Dar Bouazza Km 3,500 - Casablanca
Tél : 05 22 90 62 99

Dr. Hind EL FILALI
Cardiologue Interventionnelle
120, Bd. M. El Moutaoui, 2022 Casablanca
Tél: 05 22 86 20 74 - Fax: 05 22 86 20 76
Urgences: 06 36 13 68 01 - E-mail: hindelfilali@hotmail.com
ICE: 001625537000091 - INPE: 091169466

Docteur Hind EL FILALI

120, Boulevard Moulay Idriss. Résidence Moulay Idriss. 2ème étage. Casablanca

Tél: 05 22 86 20 74 Fax: 05 22 86 20 76 Urgences: 06 36 13 68 01 E-mail: hindelfilali@hotmail.com

IF: 15178160

TP: 36331592

ICE: 001625537000091

INPE: 091169466