

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-697057

139587



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2296

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

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 : 31/11/22

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

~~Dr. Hamed EL FALAHI
Cardiologue
120, Bd. My Idriss II - Résidence My Idriss
2ème Etage - N° 1 CASABLANCA
Tél: 052 86 07 45 45 - 052 86 07 45 45
ICE: 00102~~

MUPRAS
25/11/2022
Lahbou Rachid
Age:
Lui-même
Conjoint
Enfant
Audiosphèrie ischémique

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
20/09/2012	CS	3	300,00	INP : INPE: 09116946

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE ARIU SARL AU  Route 1029 Ouled Said - Casablanca Tél 05.22.21.90.07 - Casablanca RC : 361421	22/09/22	1990,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

LOT 221347
EXP 05 2026
PPV 31.30

LOT 221347
EXP 05 2026
PPV 31.30

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

خريجة كلية الطب ببوردو

فحص القلب بالصدى - اختبار الجهد

إعادة الأجهيل القلبي

22 septembre 2022

LAHLOU RACHID

98.00 X3

COVERSYL 5 mg , Comprimé pelliculé sécable

1 comprimé par jour, pendant 3 Mois
LE MATIN

99.50 X3

LIPANTHYL 200 mg , Gélule

1 gélule par jour, pendant 3 Mois
LE SOIR

31.30 X3

ZYLORIC 200mg Comprimé

1 comprimé par jour, pendant 3 Mois
LE SOIR

27.00 X3

COPAVIX 75MG/100MG, Comprimé

1 comprimé par jour, pendant 3 Mois
LE MIDI

58.10

CARDENSIEL 5mg, Comprimé pelliculé sécable

1 comprimé par jour, pendant 3 Mois
LE SOIR

112.50 X3

VASTAREL 80MG

1 comprimé par jour, pendant 3 Mois
LE MATIN

REGIME PAUVRE EN SEL

~~PHARMACIE ARI~~
~~Houla 1029 Ouled Jaid - Casablanca~~
~~Tel : 0522 21 90 70 - RC : 361421~~

LOT 221347
EXP 05 2026
PPV 31.30

Hind EL FILALI ADIB
Cardiologue Interventionnelle
120, Bd. My Idriss 1er - Résidence My Idriss
2ème étage - N° 4 CASABLANCA
Tél: 0522 88 20 74 - Fax: 0522 88 20 76
ICE : 001625537000091

120, Boulevard Moulay Idriss 1er. Résidence Moulay Idriss. 2ème étage. Casablanca

Tél: 05 22 88 20 74 Fax: 05 22 88 20 76 Urgences: 06 36 13 68 01 E-mail: hindelfilali@hotmail.com

IF: 15178160 TP: 36331592 ICE: 001625537000091 INPE: 091189466

Laboratoires Maphar ○
Km 10, route côtière 111,
quartier industriel Zenata
Ain Sebaâ - Casablanca - Maroc
LIPANTHYL® 200 mg Gel B30
P.P.V. : 99,5 DH
6 118001 181629

Laboratoires Maphar ○
Km 10, route côtière 111,
quartier industriel Zenata
Ain Sebaâ - Casablanca - Maroc
LIPANTHYL® 200 mg Gel B30
P.P.V. : 99,5 DH
6 118001 181629

Laboratoires Maphar ○
Km 10, route côtière 111,
quartier industriel Zenata
Ain Sebaâ - Casablanca - Maroc
LIPANTHYL® 200 mg Gel B30
P.P.V. : 99,5 DH
6 118001 181629

112,50

112,50

112,50

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

7862160239

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

7862160239

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

7862160239

Sanofi-aventis Maroc ○
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V. : 270,00 DH
6 118001 082018

Sanofi-aventis Maroc ○
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V. : 270,00 DH
6 118001 082018

Sanofi-aventis Maroc ○
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V. : 270,00 DH
6 118001 082018