

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 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

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.

M22- 0032331

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

2162

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LAITLOU

KASSI Fouad

Date de naissance :

15/07/1952

Adresse :

13, rue Lahcen ED Arjoune. Essaouira

Tél. :

0655042456

Total des frais engagés :

1112,70

Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. ALLAL BEN ABDELLAH
Cardiologue
Cardiologue Interventionnelle
120, Bd. My Idriss 1er Residence My Idriss
2ème Etage N° 4 CASABLANCA
Tél: 0522 20 78 18 Fax: 0522 20 78 18
0522 20 78 18

Cachet du médecin :

Date de consultation :

14/12/2022

Nom et prénom du malade :

Kalbouj Salwa

Age: 62 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Cardiopathie ischémique

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'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 :

Le : 14/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :



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
14/12/2012	Acte		gratuit	 Dr. Hind El FLAIFI Cardiologue Interventionnelle 1015 1er Résidence My Ariss 14, N° 4 CASABLANCA Tel: 0522 80 20 76 Fax: 0522 80 00 91

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/12/22	1112,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

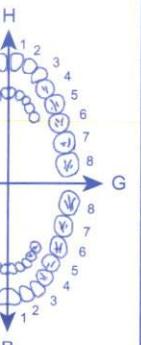
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			 <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr Hind EL FILALI ADIB

Cardiologue

Cardiologue Interventionnelle

Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux

Epreuve d'effort-Echographie cardiaque

Réadaptation 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

اعادة التأهيل القلبي

14 décembre 2022

Mme KABBAJ Saloua

405x1

UPERIO 100mg

1 comprimé x2 par jour, pendant 1 Mois

MATIN ET SOIR

27,70

CARDIOASPIRINE 100mg , Comprimé

1 comprimé par jour, pendant 1 Mois

LE MIDI

SV
SV

UPERIO® 100 mg
Comprimé pelliculé.
Boîte de 28.
PPV : 405 DH



Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



BRILIQUE 90mg

1 comprimé x2 par jour, pendant 1 Mois

MATIN ET SOIR

261

CRESTOR 20 mg , Comprimé pelliculé

1 comprimé par jour, pendant 1 Mois

LE SOIR

SV

CARDENSIEL 5mg, Comprimé pelliculé sécable

1/2 comprimé x2 par jour, pendant 1 Mois

MATIN ET SOIR

419

FORXIGA 10mg

1 comprimé par jour, pendant 1 Mois

LE MATIN

SV

Maphar
Bd Alkimiia N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 20mg cp pell b30
P.P.V. : 261,00 DH



REGIME PAUV

Maphar
Bd Alkimiia N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp pell b28
P.P.V. : 419,00 DH



Dr. Hind EL FILALI ADIB
Cardiologue
Cardiologue Interventionnelle
120, Bd. My Idriss 1er - Résidence My Idriss
2ème Etage - N° 4 CASABLANCA

Tél: 0522 86 20 74 - Fax: 0522 86 20 76
ICE : 0522 86 20 74 - 0522 86 20 76
Tél: 0522 86 20 74 - Fax: 0522 86 20 76
ICE : 0522 86 20 74 - 0522 86 20 76

