

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2102

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LAHLOU KASSI Fouad

Date de naissance :

15/07/1952

Adresse :

19 rue Lahloou-el Arjouni

CP 10000

Tél. : 06 55 04 24 56

Total des frais engagés :

1323,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Hind EL FILALI ASIB
Cardiologue
Cardiologue Interventionnelle
Ed. My Miss 1er Résidence My Miss
120, 2ème Etage N° 4 CASABLANCA
Tél: 0522 86 20 11 - Fax: 0522 88 20 16
ICE : 00162 53700001

Date de consultation :

19/12/2012

Nom et prénom du malade :

KASSI Fouad

Age:

62

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Cardiopathie ischémique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

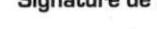
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 19/12/2012

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
19/12/2012	Acte		général	<i>Dr. Idriss El HILY Cardiologue Interventionnel 429 Avenue Idriss 1er Residence My Idriss Tél: 032 88 20 74 - Fax: 0522 88 26 16 E-mail: idriss2557@yahoo.fr</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE CASARLANCA Tél: 0522 88 20 74 Fax: 0522 88 26 16</i>	19/12/2012	1323,00

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 prie 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	
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552		
	D	00000000	00000000		
		00000000	00000000		
	B	35533411	11433553		
[Création, remont, adjonction]	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DEBUT D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				FIN D'EXECUTION
	H	25533412	21433552		
	D	00000000	00000000		
		00000000	00000000		
	B	35533411	11433553		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				DATE DU DEVIS
	H	25533412	21433552		
	D	00000000	00000000		
		00000000	00000000		
	B	35533411	11433553		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				DATE DE L'EXECUTION
	H	25533412	21433552		
	D	00000000	00000000		
		00000000	00000000		
	B	35533411	11433553		

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

شخص القلب بالصدى - اختبار الجهد

لدل التأهيل القلب

19 décembre 2022

Mme KABBAJ Saloua

405,00

UPERIO 100mg

1 comprimé x2 par jour, pendant 1 Mois

MATIN ET SOIR

918,00

BRILIQUE 90mg

1 comprimé x2 par jour, pendant 1 Mois

MATIN ET SOIR

CREGIME PAUVRE EN SEL

AS

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



Maphar
Bd Alkamilia N° 6, QL,
Sidi Bernoussi Casablanca
BRILIQUE 90 MG CP PELL
B60
PPV : 918,00 DH



Hind EL FILALI ADIB
Cardiologue
Cardiologue Interventionnelle
My Idriss Résidence My Idriss
1er Etage - N° 4 CASABLANCA

0522 86 20 74 - Fax: 0522 86 20 76

