

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

8462

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Haiti Mohamed

Date de naissance :

23.08.1961

Adresse :

H

Tél. : 0680253800

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

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 :

Le : / /

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مَكْلِفَةُ دَارُ السَّلَامِ CLINIQUE DAR SALAM

Casablanca, le ... 16/01/2023...

M^r HAITI Mohamed.

92,00

- Coverasyl 5mg 1/2cpl/s le mat

103,40

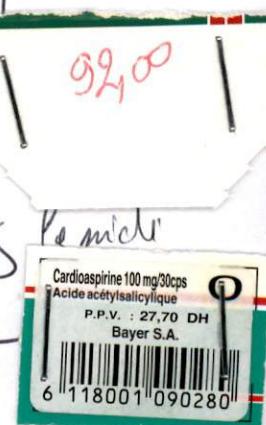
- Tabor 20mg 1cpl/s le soir

27,70

- Cardiospirine 100mg 1cpl/s le midi

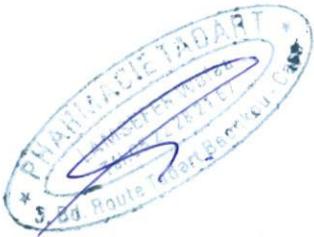
99,00

- Cedex 20mg 1cpl/s le matin



T = 322,10

Réglé par le patient



Dr. HIND EL MIAU Adib Ep. Meait
Cardiologie Interventionnelle
Echographie Cardiaque - Epreuve d'Effort
Réadaptation Cardiaque
Tel : 06 35 13 60 01

مستعجلات 24/24 URGENCES 24/24

Pfizer

**TAHOR®**
atorvastatine

20 mg

28

COMPRIMÉS
PELICULÉS

UT. AV. :

P.P.V

06 2325

LOT N° :

133 40

G J 7742

09366138/3

LOT 211480
EXP 04/2024
PPV 99.00DH

↑ ap matin

↓ ap midi

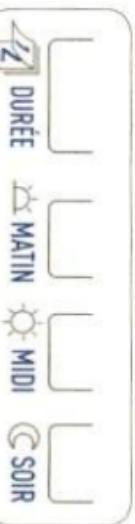
ODES® oméprazole



Microgranules gastrorésistants en gélules

28 x

20 mg
Voie orale



COOPER



أمراض القلب والشرايين
قسطرة أمراض القلب والشرايين

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 التأهيل القلبي

120، شارع مولاي إدريس الأول. إقامة مولاي إدريس.
الطابق الثاني. الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 86 20 74 الفاكس : 05 76 13 68 01
المستعجلات : 06 36 13 68 01
البريد الإلكتروني : hindelfilali@hotmail.com



Cardiologie
Cardiologie
Interventionnelle

Dr Hind EL FILALI ADIB

Cardiologue

Cardiologue Interventionnelle

Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux

Epreuve d'effort

Echographie cardiaque

Réadaptation cardiaque

120, Boulevard Moulay Idriss 1er. 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