

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

ditions 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.

Biologie 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

Déclaration de Maladie : N° P19- 0023791

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2909 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NAJIB MOHAMED Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/12/2020

Nom et prénom du malade : NAJIB MOHAMED Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Arthrose DM polyarthrèse

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
15.12.2020	CS		gratuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/12/20	125,30

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
		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

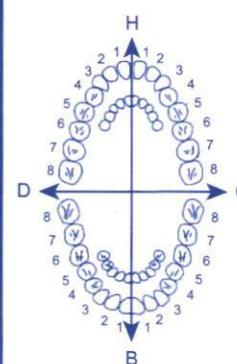
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mourad FILALI LEMDERSI

Spécialiste en Cardiologie et Maladies Vasculaires

- Diplôme d'étude spécialisée en Cardiologie de la faculté de Médecine de NANCY
- Diplôme d'échocardiographie de la faculté de Médecine de NANCY
- Diplôme de Cardiologie du Sport de la faculté de Médecine de PARIS
- Rythmologie
- Ancien praticien des Hôpitaux de France



د. مراد الفيلالي مدرسی

افتراضی فی امراض القلب بالشرايين

- دبلوم التخصص في أمراض القلب بكلية الطب بنائي
- دبلوم في الفحص بالصدمة بكلية الطب بنائي
- دبلوم في أمراض القلب الرياضية بكلية الطب بباريس
- أمراض ايقاع القلب
- طبيب سابق بمستشفيات فرنسا

Berrechid le :

15/12/2020

Mme/Mr: MOURAD FILALI

125.30

VAXIGRIP 200ML S.

125.30

Dr. MOURAD FILALI LEMDERSI
Cardiologue à l'Ang. Yacoub El Mansour
Angle Av. Mohamed V et Rue Yacoub El Mansour - Rés Haj Ahmed Berrechid
Entrée B - 1er Etage - N° 1 - Berrechid
Tél: 05 22 51 76 61

Pharmacie ALAFAD
135 Rue Ilia Abou Madi
- BERRECHID -
Tel.: 9522 88 64 01



Angle Bd Mohamed V et Rue Yacoub El Mansour - Rés Haj Ahmed Berrechid

Entrée B - 1er Etage - N° 1 - Brrechid - Tél : 05 22 51 76 61

E-mail : filali.cardiologie@gmail.com - GSM Urgence : 06 84 84 15 84



335, Avenue Mohammed V - Rabat
Tél : +212 537 76 11 21 - Fax : +212 537 76 84 01
<http://www.sante.gov.ma>

وزارة الصحة
+٢٠٥٣٦٧ | +٨٩٣٤
Ministère de la Santé



المملكة المغربية
+٢٠٥٣٨٤٧ | +٦٢٤٥٥٤٦
ROYAUME DU MAROC

Carte de Vaccination Contre la grippe saisonnière 2020 - 2021

N°carte (N°dans l'ordonnancier) :

.....



Région	
Povince / Préfecture	
Commune / Ville	

Informations sur le vacciné et la vaccinovigilance

Nom et Prénom	NAZIB MED	
Sexe	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Age		
CIN		
Adresse		
Tel		

Information sur le vaccin contre la grippe

Date dispensation	Nom de spécialité	N° lot	Date de péremption	Cachet
..../.......			1.3.5 Rue Ibla Abou Madi - BERRECHID - Tel.: 0522 33 64 01	 Pharmacie AL AFAF

NB : En cas d'apparition d'effet indésirable suite à la vaccination il faut le notifier au centre Anti Poison et Pharmacovigilance du Maroc (CAMP) par téléphone : 0801000180, 24/24h et 7j/7 ou par mail: capm@capm.ma

Vaccination

Médecin prescripteur	
Lieu de vaccination	
Vaccinateur (cachet)	
Date de vaccination/...../.....