

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 080594

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent

Matricule : 02881 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Boukhari - Hassane
 Date de naissance : 11/11/1954
 Adresse : 11 - Rue Le Verdi (Belvédère) 9. ROSSIGNOL
 3^e Etg. - Casablanca 20300
 Tél : 06 66 41 46 97 Total des frais engagés : 758.10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Youssef ALLALI
 Cardiologue Interventionnel
 Rés. V. A. ROSSET - 14 - 1^{er} étage - An. J. A. Ben Premier
 (Place AL FASSIR) - 98 500 st. en v. Benédère
 Tél / Fax : 05 22 22 13 71 CASABLANCA
 INPE : 091174714 - ICE : 001940020000042

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Boukhari - Hassane Age : 1954

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 : Casablanca Le : 20 / 10 / 22
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

RELEVÉ 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
2007-10-01-2007			300 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL MASSIRA 51, Rue Rahal Ben Ahmed Dr. Mme BENMOUSSA Oualac Tél : 05 22 24 80 54 Fax : 05 22 24 85 44	20/10/22	458,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

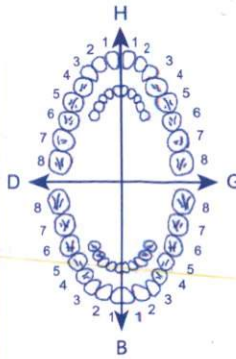
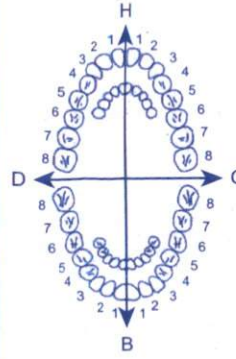
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Diplômé des Universités de Paris en echo-doppler Cardio-vasculaire

اختصاصي في العمليات التدخلية للقلب و الشرايين

حائز على دبلوم قسطرة القلب وتوسيع الشرايين بجامعة باريس
حائز على دبلوم الصدى بالألوان للقلب و الشرايين بجامعة باريس

20/10/2022

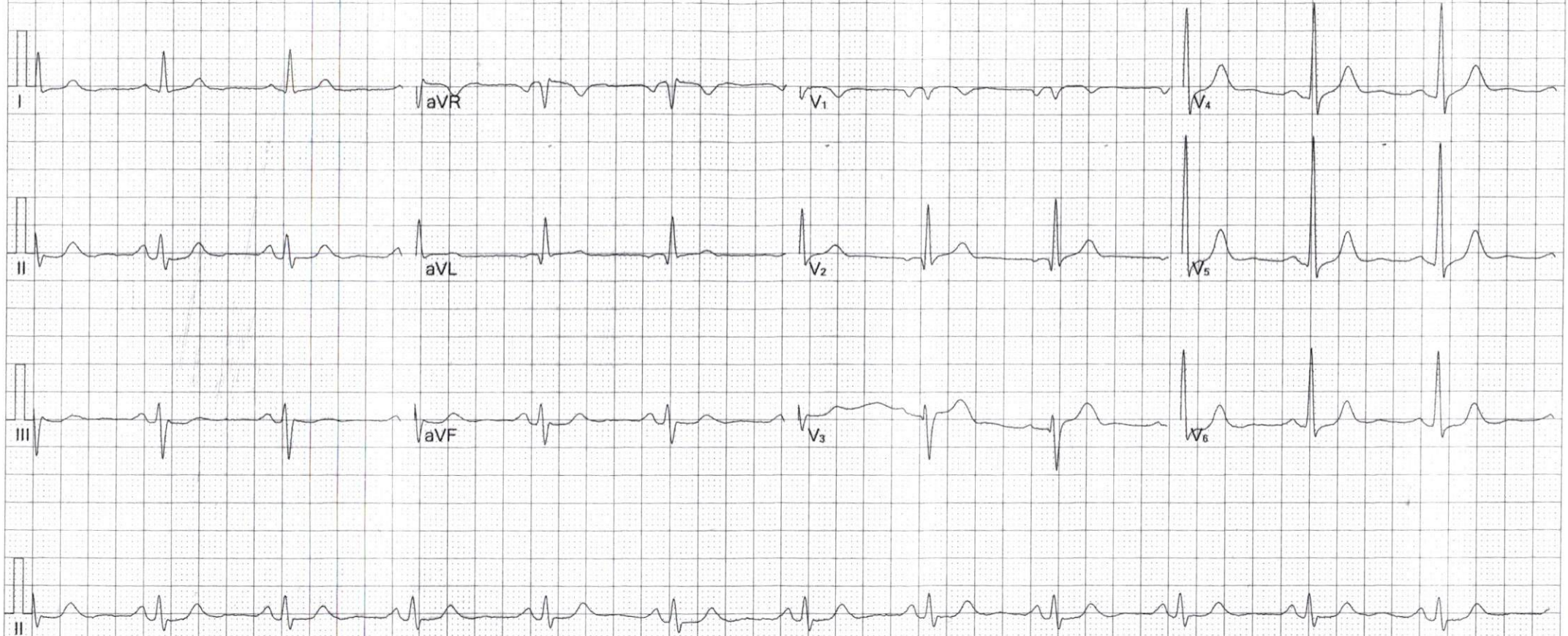
NOM: BOUKHARI HASSANE

TOTAL : 300.00 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
TROIS CENTS DIRHAMS

[illegible]

10mm/mV 25mm/s



Fréquence : 1000 Hz PQ Interval : 163 ms
 Durée Echantillon 19 s Intervalle QT : 407 ms
 FC : 64 bpm Intervalle QTc 420 ms
 Durée P : 117 ms Axe P : 76.2°
 Durée QRS : 95 ms Axe QRS : -1.9°
 Durée T : 282 ms Axe T : 48.6°

Suggestion :
 Total Batts 21, Batts Normaux 21,*** Ne peut exclure infarctus septal
 du myocarde, ECG Anormal ECG,

Dr. Youssef ALLALI
 Cardiologue
 Rés. VAL ROSI - 4ème étage
 (Place AL YASSIR) 20000 Sousse
 Tél / Fax : 05 22 44 15 71 - Cell. 091174714
 INPE : 091174714 - ICE : 001940020000042

Signature Médecin:

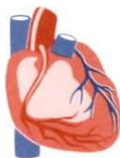
Docteur Youssef ALLALI

Cardiologue interventionnel

Ancien cardiologue des hôpitaux de Paris

Diplômé des Universités de Paris en Cardiologie interventionnelle

Diplômé des Universités de Paris en écho-doppler Cardio-vasculaire



الدكتور يوسف علالي

أخصائي في العمليات التداخلية للقلب والشرايين

حائز على دبلوم قسطرة القلب وتوسيع الشرايين بجامعة باريس

حائز على دبلوم الصدى بالألوان للقلب والشرايين بجامعة باريس

Casablanca, le :

2021 OCT 17

PPV: 84DH80
PER: 06/25
PPV: 84DH80
PER: 06/25
PPV: 84DH80
PER: 06/25
LOT: L2316

Boukhari Hassan

Préparé soigneusement (4 Bal)
4x 84.80

39.60

69.00

10.30

458.10

INPE: 091174714

ICE: 001940020000042

الدكتور يوسف علالي
Dr. Youssef ALLALI

Cardiologue Interventionnel
Rés. VAL ROSE - 2^{ème} étage Angle Albert Premier
(Place AL YASSIR) - Casablanca

Tél / Fax : 05 22 24 13 71 - JCE : 001940020000042

العنوان : إقامة فال روز - أ الطابق الثاني - زاوية شارع محمد السادس - الدار البيضاء

Adresse : Résidence VAL ROSE - A - 2^{ème} étage Angle Albert Premier (Place AL YASSIR) et Bd Mohamed V Belvédère - Casablanca

Tél : 05 22 24 13 71 - Fax : 05 22 24 13 71 - E-mail : cabinetyoussefallali@hotmail.fr