

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 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 |

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.

Matricule : **01524**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **EL ANSARI Abdelhak**

Date de naissance :

19/03/1949

Adresse : **22, Rue d'AVENNES, Résid. BORJ MALAKIA**

Etage 4, Appt. 4, Quartier BELVEDERE CASABLANCA

Tél. : **06 66 40 42 43** Total des frais engagés : **1525,70 Dhs**

Cachet du médecin :

Dr. VETESSER F. ALLAL
Cardiologue - Médecin généraliste Premier
Rés. VAL ROSA à Casablanca - Belvédère
(Place AL FASSAÏD) - Casablanca
Tél/Fax : 05 22 20 15 71 - CASABLANCA
INPE : 091174714 ICF : 001940020000042

Date de consultation : **/ 22 FEV. 2023**

Nom et prénom du malade : **EL ANSARI**

Age : **136**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Angiopathie

136

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Angiopathie

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 : **22/02/2023**

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
22/02/2023	Consultation	100	300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
MACIE LA CASABLANCA Bd Med V - Casablanca Tl: 0522 30 30 82 Tl: 0200903300061	le 29/01/23	1225,70 DHIS

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 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'ODP.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	00000000													
G	35533411	11433553													
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS											
				DATE DU DEVIS											
				DATE DE L'EXECUTION											
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

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 علاي

أخصائي في العمليات التدخلية للقلب والشريان

حاائز على دبلوم قسطرة القلب وتوسيع الشرايين بجامعة باريس

حاائز على دبلوم الصدى بالألوان للقلب والشرايين بجامعة باريس

Casablanca le :

22 FEV. 2023

PHARMACIE LA RESISTANCE
CASABLANCA
737, Bd Med V - Casablanca
Tél: 0522 30 30 82
En: 02009033000067

El Aousai Asdarabi

Coirabetar su
1536003 30/25

136,60 185

89,20x2 185

2470x3 185

34,00x2 185

97,60 Crustine
23



INPE : 091174714

ICE : 00194002000042

Sur Rendez-vous

العنوان: إقامة فال روز - أ الطابق الثاني زاوية شارع محمد الخامس وساحة آل ياسر بالقرب الدار البيضاء

Adresse : Résidence VAL ROSE - A - 2^{me} 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

UT.AV :

0 4 2 0 2 5

P.P.V.

Amlo® 5 mg

56 COMPRIMÉS



6 118000 250012

136,80



5 mg

56 قرص



80,90

P.P.V.

UT.AV :

0 4 2 0 2 0

8 9 2 0

LOT N° : F E 4 2 0 2

97,60

CIVASTINE®

20

mg

97,60

CIVASTINE®

20

mg

97,60

CIVASTINE®

20

ATEN[®] 100 mg

Aténolol

37,00

ATEN[®] 100 mg

ATEN[®] 100 mg

Aténolol

37,00

ATEN[®] 100 mg

28 comprimés sécables

28

Comprimés s



6 118000 120063

CoIrbesar® Sun

IrbéSartan/Hydrochlorothiazide

CoIrbesar® SUN 300mg/25mg

Boîte de 28
comprimés pelliculés
Voie orale



Voie

300 mg

25 mg

28 Comprimés
pelliculés

Voie

6 118000 380559

comprimés pelliculés
Voie orale

Voie

6 118000 380559

28 Comprimés
pelliculés

153,60

153DH60

PPV :

Lot n° :

Exp. :

153,60

PPV :

Lot n° :

Exp. :

153,60

153DH

PPV :

Lot n° :

Exp. :

Docteur Youssef ALLALI

Cardiologue interventionnel



الدكتور يوسف عاللي N°3643

أخصائي في العمليات التدخلية للقلب والشرايين

M ELANSARI ABDELHAK

- 心脏病电图 (Electrocardiogramme)
- 成人心脏超声 (Echo - doppler cardiaque adulte)
- 儿童心脏超声 (Echo - doppler cardiaque Pédiatrique)
- 动脉和静脉超声 (Echo - doppler artériel et veineux)
- 压力测试 (Echo de STRESS)
- Holter 心电图 (Holter rythmique)
- Holter 血压 (Holter tensionnel)

DOSSIER À RAMENÉR À LA PROCHAINE CONSULTATION

العنوان : إقامة فال روز-أ الطابق الثاني - زاوية شارع محمد الخامس وساحة آل ياسر بالقديم الدار البيضاء

Adresse : Résidence VAL ROSE - A - 2^{ème} étage Angle Albert Premier (Place AI YASSIR) et Bd Mohamed V Belvédère, Casablanca
Tél.: 05 22 24 13 71 - Fax : 05 22 24 13 71 - E-mail : cabinetyoussefallali@hotmail.fr

Sur Rendez-vous

ECG

Dr ALLALI Youssef

NOM: ELANSARI ABDELHAK ID : Genre : Femme Age : 73 DOB : 19-03-1949 Date of Test : 22-02-2023 09:29
Case #: Investigation #: Médecin Référent: Dr ALLALI Youssef

10mm/mV 25mm/s

