

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah, Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma



Déclaration de Maladie

M22- 0057349

Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1167 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre : 160030
 Nom & Prénom : EL KHOU MOHAMED
 Date de naissance : 1952
 Adresse : habitué
 Tél. : 0522249097 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : EL KHOU Mohamed Age : 152
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : HTA
 Affection longue durée ou chronique ALD ALC Pathologie : HTA
 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 : CASA Le : 08/05/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
08 MAI 2023	Coulorette EUV		3,22	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/05/2023	1160,70

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>															
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>	H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D		B		00000000	35533411	00000000	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H		G																
	25533412	00000000	21433552	00000000															
D		B																	
00000000	35533411	00000000	11433553																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISER 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 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 :

08-MAI 2023

Handwritten signature: Youssef Allali

105,20x2

185,20x4 (with stamp) Net 160/10/25

99,00 (with stamp)

73,80

Hep...

36,70

Anxiol 6mg

160,70 (with stamp)

PHARMACIE DU CONVENT II
Docteur BABA YAKOUB
Tel: 05 22 24 94 80 - Casablanca

Handwritten notes: 6mg

INPE : 091174714

ICE : 001940020000042

Sur Rendez-vous

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

PPV 105DH20

V

PPV 105DH20

Voie

LOT 203846

EXP 02/22

PPV 185DH20

primé pelliculé

LOT 205828

EXP 05/22

PPV 185DH20

LOT 220196
EXP 09/2024
PPV 99.00DH

73,80 / DH

01/2026
2026I

Via dell'Importazione
B

185,20

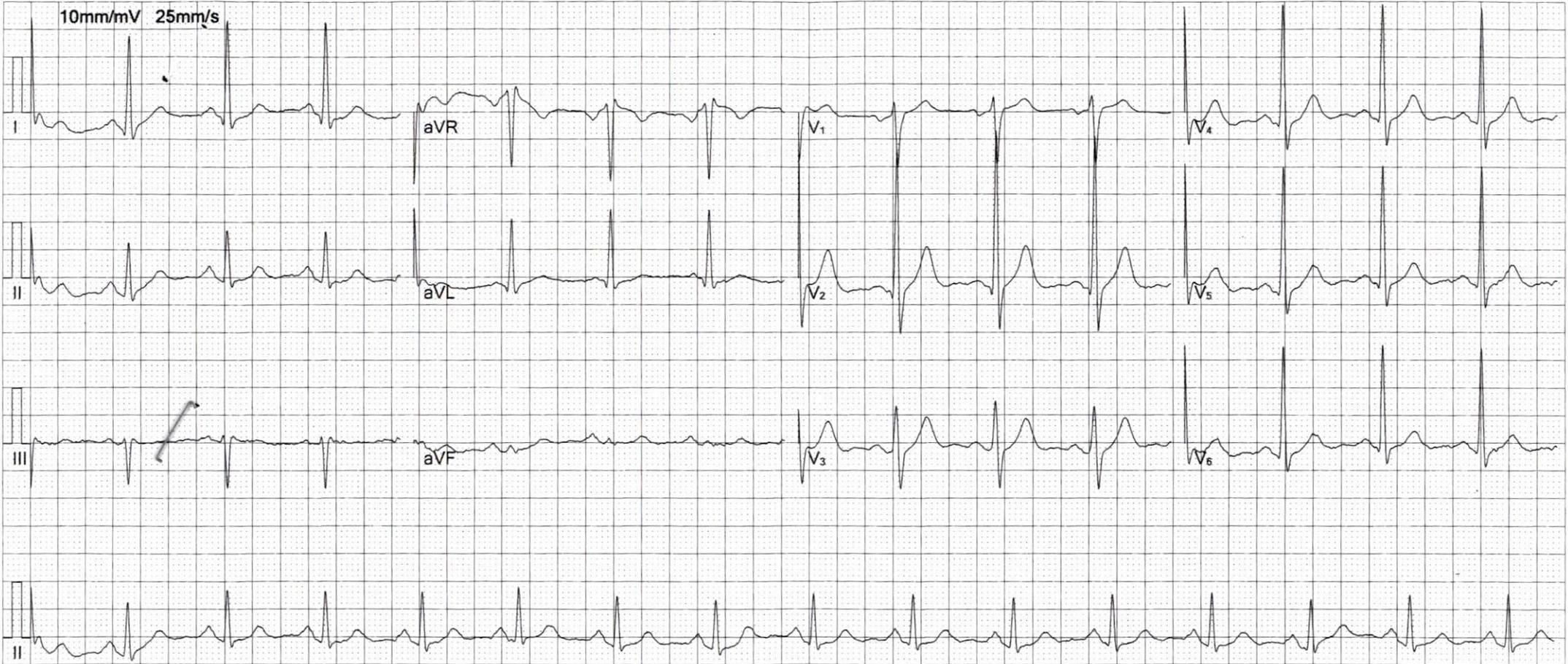
185,20

86,70

ECG

Dr ALLALI Youssef

NOM: ELKHOUMOHAMED ID : Genre : Homme Age : 70 DOB : 02-07-1952 Date of Test : 08-05-2023 06:50
 Case #: Investigation #: Médecin Référent: Dr ALLALI Youssef



Fréquence : 1000 Hz	PQ Interval : 147 ms
Durée Echantillon: 21 s	Intervalle QT : 376 ms
FC : 85 bpm	Intervalle QTc : 447 ms
Durée P : 112 ms	Axe P : 47.1°
Durée QRS : 104 ms	Axe QRS : 4.8°
Durée T : 242 ms	Axe T : 34.3°

Suggestion :
 Total Batts 30, Batts Normaux 29, ESSV 1,*** Critère de voltage minimal pour HVG, possible variation normale, ECG limite normal,

Filtre Principal: On Filtre ADS: On

Signature Médical
 DR. YOUSSEF ALLALI
 Card
 Rés. v.
 (Place Al
 Tél. Fax : 05
 INPE : 0911744-ICE
 06194002007