

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.

M23-0023649

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02881 Société : RAM

Actif

Pensionné(p)

Autre :

Nom & Prénom : BOUKHARI - Hassane 900061

Date de naissance : 11/11/1954

Adresse : 11 - Rue de Verdun (Ex- Belvédère) - Palestine - 3ème

Casablanca 20300

Tél. : 06 66 41 16 87 Total des frais engagés : 587.70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. YOUSSEF ALLALI
Cardiologue - Médecin
Rés. VAL D'OR - 3ème étage - 1er étage
(Place Allal Ben Abdellah - Casablanca - Maroc)
Tél / Fax : 05 22 20 45 45 - 05 22 22 78 18 - Casablanca
INPE : 091174714 - ICE : 001940020000042

Date de consultation : / / 06 MARS 2024

Nom et prénom du malade : Boukhari Hassane Age : 132

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

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 : 06/03/2024

Signature de l'adhérent(e) : BOUKHARI Hassane

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
06 MARS 2011	6 malades	FCU	300.01	DR. M. BONNATIN, DOCTEUR EN MEDICINE

EXECUTION DES ORDONNANCES

**Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur**

Date _____

Montant de la Facture

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. The teeth are arranged in a curve, with the upper arch curving upwards and the lower arch curving downwards. Four directional markers are present: 'D' on the left side, 'H' at the top, 'B' at the bottom, and 'G' on the right side. The teeth are numbered as follows: Upper arch: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. Lower arch: 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1.

[Création, remont, adjonction]

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 علالى

أخصائي في العمليات التدخلية للقلب والشرايين

حائز على دبلوم قسطنطية القلب وتوسيع الشريان بجامعة مار بولس

جائز علمياً، يدخل في الصدى، بالأول ان للقلب، والثانية: بجامعة باريس.

Casablanca le :

06 MARS 2024

INPE : 091174714
ICE : 001940020000042

العنوان : اقامة قال روز - أ الطالق الثاني - زاوية شارع محمد الخامس وساحة آل ياسر ببلدير 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 : cabinetvoussefallali@hotmail.fr

Dr ALLALI Youssef

Suggestion :

HR: 65

ECG

NOM:BOUKHARI SOUMIA

ID:

Genre : Femmes

Female .
Age : 56

Age :56

DUB :01-01-1962

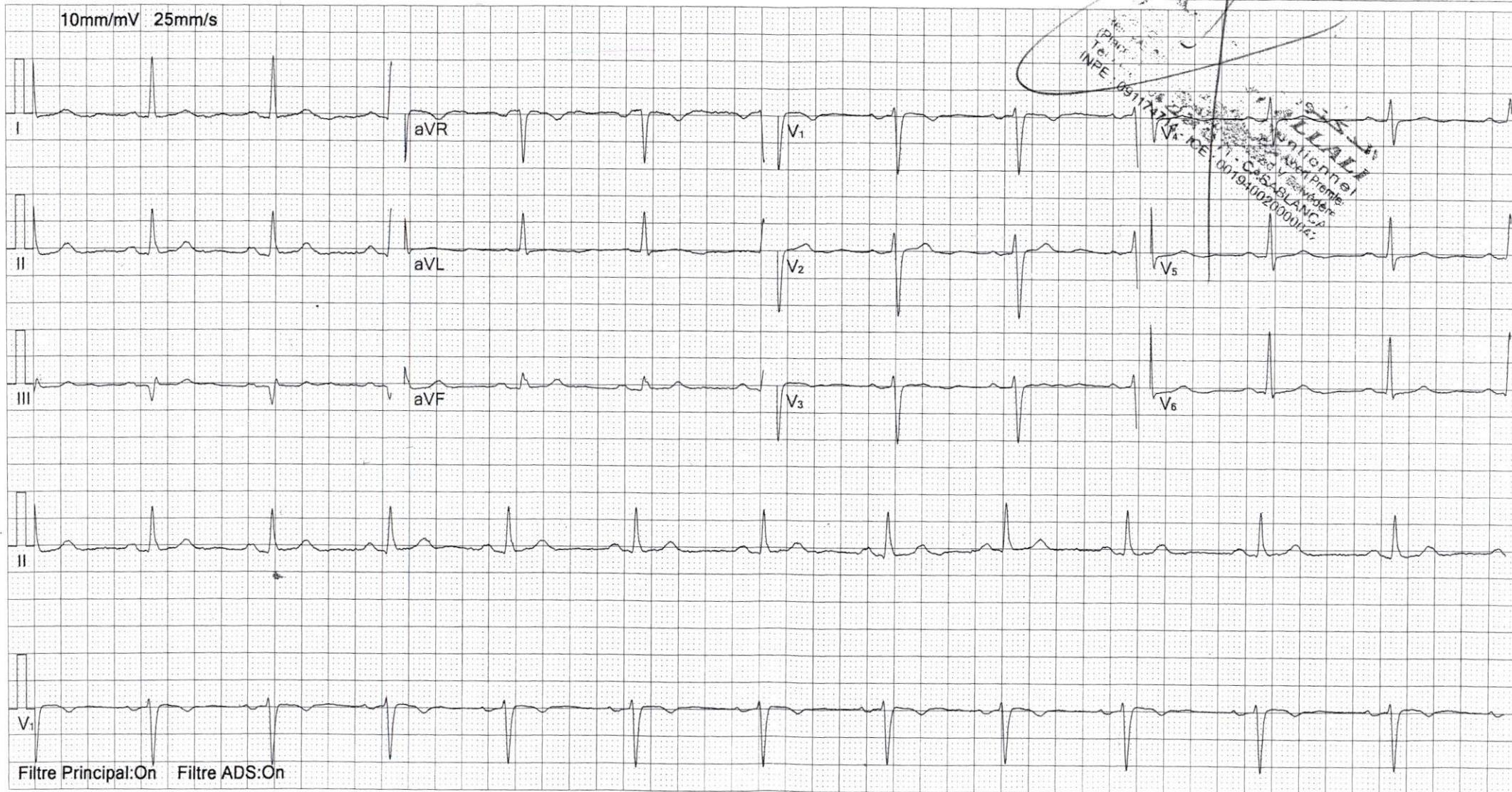
Date of Test :06-03-2024 11:47

Case #

Investigation #:

Médecin Référent:Dr ALLALI Youssef

~~Signature Médecin:~~



Filtre Principal:On Filtre ADS:On

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 echo-doppler Cardio-vasculaire



الدكتور يوسف عاللي

اختصاصي في العمليات التدخلية للقلب والشرايين

حاصل على دبلوم قسطرة القلب وتوسيع الشرايين بجامعة باريس

حاصل على دبلوم الصدى بالألوان للقلب والشرايين بجامعة باريس

LE 06/03/2024

FACTURE

NOM: BOUKHARI SOUMIA

CONSULTATION : 200.00DH

ELECTROCARIOGRAMME : 100.00DH

TOTAL : 300.00 DH

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

Dr. YOUSSEF ALLALI
Cardiologue Interventionnel
Rés. VILLEBOIS 10000
TÉL/FAX: 051774714 - 06.001940020000142
CASABLANCA
INPE: 051774714