

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

## **armacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **diologie 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.

## **tique :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **éducation :**

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.

## **ntaire :**

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## **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

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

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... 5228 ..... Société : ..... RAM .....

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ..... EL GNAOUI ABDELHAK .....

Date de naissance : ..... 17/12/52 .....

Adresse : ..... 72, Rue EL AÏLAÏD App. 11 Hay RAHBA .....

..... CASA .....

Tél. : ..... 066.9342.702 .....

Total des frais engagés : ..... 254,70 .....

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

*Dr YOUSSEF ALLALI*  
Cardiologue Interventionnel  
Rés VAL ROSE - A-2ème étage Angle Albert Premier  
(Place AL YASSIR) et Bd. Mohamed V Belvédère  
Tél/Fax : 05 22 24 13 71 - CASABLANCA  
INPE : 091174714 - ICE : 001040020000042

Date de consultation : ..... 15/12/2022 .....

Nom et prénom du malade : ..... EL GNAOUI ABDELHAK .....

Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : ..... HN .....

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 .....

Signature de l'adhérent(e) : ..... 

Le : 25/12/2021

### 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 caractère légal des Actes
15/12/2011	Sur Sallotches		gratuit	<i>[Handwritten signatures and stamp]</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'ANGLEBOU LARAKI HAKIMA ET EL MANSOUR 360806	15/12/2011	25470

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
<img alt="Dental chart showing upper and lower arches with numbered teeth from 1 to 8. A crosshair indicates				

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 عالي

أخصائي في العمليات التخلصية للقلب و الشرايين

حاائز على دبلوم قسطرة القلب و توسيع الشرايين بجامعة باريس

حاائز على دبلوم الصدى بالألوان للقلب و الشرايين بجامعة باريس

Casablanca le : 15/02/2021

M - EL GNAOUI

ABDELMAK

89,20



UT.AV :

P.P.V.

LOT N° :

89,20<sup>20</sup>

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair bno al suuam roches  
noires casablanca  
ATACAND

16 mg  
Bte de 30

Opratic

140,16 DMP/21 NRQ P.P.V : 165,50 DH  
6 118001 020546

- AMLOR 5mg  
1cp/j



165,50

- ATACAND 16mg  
1cp/j

Dr. YOUSSEF ALLALI  
Cardiologue Interventionnel  
Rés VAL ROSE Bd Mohamed V Belvédère  
Place AL YASSIR Casablanca  
Tél / Fax : 05 22 24 13 71 - 05 22 24 13 71 - 05 22 24 13 71 - 00194002000042

Sur Rendez-vous

العنوان : إقامة قال روز - 1 الطابق الثاني - زاوية شارع محمد الخامس و ساحة آل ياسير بإقليم الدار البيضاء

Adresse : Résidence VAL ROSE - A- 2<sup>ème</sup> 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 : cabinetyousseffallali@hotmail.fr