

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

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.

Maladie :

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.

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0049019

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3510 Société : RAN

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NOUBSI Nohaimed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0666262795 Total des frais engagés : 1453,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. YOUSSEF ALLALI
Cardiologue Interventionnel
RÉS. VAL. RUE ANGLO ARAB PREMIER
(Place AL YASSIR) 20000 CASABLANCA
Tél / Fax : 05 22 24 13 71 - CASABLANCA
INPE : 091174714 - ICE : 001940020000042

Date de consultation : 08 DEC 2021

Nom et prénom du malade : EL GHAZI (ep) Nohaim Age : 1956

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : MTA et troubles digestifs infectieux

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

Signature de l'adhérent(e) : Le : 07 / 12 / 2021

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE D'UNES CASA S.A.R.L. L'U Angle Bd Ghandi et Route El Mansour - Casablanca Tél: 0522 36 08 06</p>	07/12/21	20.80967757

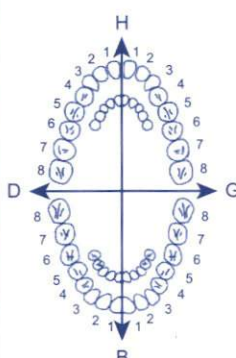
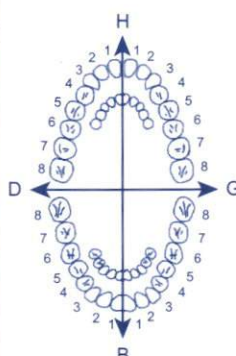
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

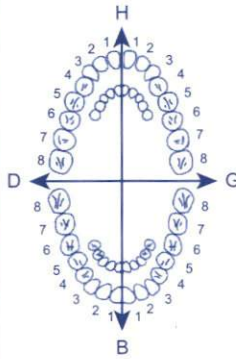
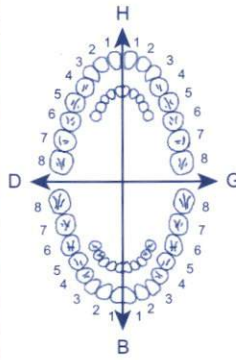
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			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																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d

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><tr><th colspan="2">H</th></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><th>D</th><th>G</th></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><th colspan="2">B</th></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des Travaux
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

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 و الشرايين

حائز على دبلوم قسطرة القلب و توسيع الشرايين بجامعة باريس

حائز على دبلوم الصدى بالألوان للقلب و الشرايين بجامعة باريس

Casablanca le :

06-DEC. 2021

Dr GNAOUI (ep) Norbail ENTIRM

128.100g / 100 : 128 x 26 (6 sub) 149.204

Systolique (mm) 128 (6 sub)

128.100g / 100 : 128 x 26 (6 sub)

128.100g / 100 : 128 x 26 (6 sub)

128.100g / 100 : 128 x 26 (6 sub)

128.100g / 100 : 128 x 26 (6 sub)

128.100g / 100 : 128 x 26 (6 sub)

128.100g / 100 : 128 x 26 (6 sub)

128.100g / 100 : 128 x 26 (6 sub)

128.100g / 100 : 128 x 26 (6 sub)

PHARMACIE OULMES CASA
S.A.R.L.A.U

Angle Bd Ghandi et Yacoub
El Mansour - Casablanca
0522 36 08 06

Sur Rendez-vous

العنوان : إقامة فال روز - 1 الطابق الثاني - زاوية شارع محمد الخامس و ساحة ال ياسر بلقادي 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 : cabinet.youssefallali@hotmail.fr

AMOXICILINE-ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN

PPV: 168/20 DH
LOT: 646379
PER: 08/22

Sanoofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
MAALOX 460 mg sachets
Bte de 20
P.P.V 32,00 DH

5 18001 082148

Systral® Crème

PPV 16DH60
EXP 04/2026
LOT 14050 1

Systral® Crème

PPV 16DH60
EXP 06/2026
LOT 14050 3

LOT: 210524
PER: 08/2026
PPC: 79,90 DH

KALMAGAS®

PREZAR® 100 mg
Losartan

28 comprimés
28 pelliculés

138,10

PPV 138DH10
PER 10/24
LOT 82070

PREZAR® 100 mg
Losartan

28 comprimés
28 pelliculés

PREZAR® 100 mg
Losartan

138,10
PPV 138DH10
PER 12/23
LOT 82070

PREZAR® 100 mg
Losartan

PPV 138DH10
PER 10/24
LOT 82070

138,10

PPV 138DH10
PER 12/23
LOT 82070

138,10

PPV 138DH10
PER 12/23
LOT 82070

138,10

NOM:ELGNAOUI FATIMA

ID :

Genre :Femme

Age :65

DOB :24-03-1956

Date of Test :06-12-2021 10:43

Case #: Investigation #: Médecin Référent: Dr ALLALI Youssef

10mm/mV 25mm/s



Filtre Principal:On Filtre ADS:On

Fréquence : 1000 Hz

PQ Interval :	179 ms
---------------	--------

Durée Echantillon 1:5 s

Intervalle QT : 451 ms

FC : 60 bpm

Intervalle QTc 451 ms

Durée P : 99 ms

Axe P :	45.4°
---------	-------

Durée QRS : 141 ms

Axe QRS :	-5.9°
-----------	-------

Durée T : 280 ms

Axe T :	93.6°
---------	-------

Suggestion :

Total Batts 16, Batts Normaux 16,*** Bloc de branche gauche, ECG
Anormal ECG,

Signature Médecin