

## 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

- Reclamation : 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 - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-471472

126 964

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2227 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EL MIMOUNI Abdelrahman  
 Date de naissance : 10/07/1981  
 Adresse : Habituelle  
 Tél. : 0662371981 Total des frais engagés : 372,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. Youssef ALALI  
Cardiologue  
Rés. VAL ROSE - 4ème étage - Bab Agha, Premier  
(Place AL YASSIRI, 60 m. de la Casbah, Belvédère)  
Tél / Fax : 05 22 24 13 71 CASABLANCA  
INPE : 051174714 - ICE : 001940020000042

Date de consultation : 10/03/2022  
 Nom et prénom du malade : NADIR KACH Age : 1367  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : h.m.  
 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 : Le : 24/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
	<i>Généraliste</i>		<i>300 DM</i>	INP : <i>69 01 74 71 4</i>
	<i>E.C.</i>			

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/02/20	72.00

[illegible]

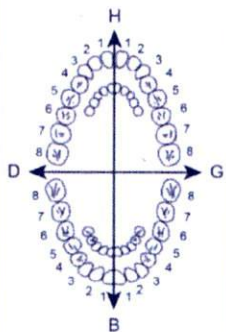
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

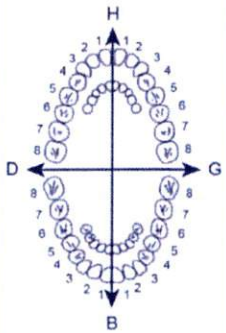
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>		
				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	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>                      25533412                      0000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">                     21433552                      0000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">                     0000000                      35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">                     0000000                      11433553  <b>B</b> </div> </div>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
			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

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 علالي

أخصائي في العمليات التداخلية للقلب والشرابيين

حائز على دبلوم قسطرة القلب وتوسيع الشرايين بجامعة باريس

حائز على دبلوم الصدى بالألوان للقلب والشرابيين بجامعة باريس

Casablanca le :

03 Aout 2022

Dr. NAKHACH Soufian

f2 - 00

Détensiel 10



1/2 qd (sr)

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables  
6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma



7862160236

PHARMACIE AL MARKAM  
LOT 804 - ERRAHMA  
CASABLANCA  
Tél. : 05.22.89.62 25

f2 - 00

INPE : 091174714  
Tél / Fax : 05 22 24 13 71 - ICE : 001940020000042  
Place AL YASSIR  
Rég. Val Rose - A - 2<sup>ème</sup> étage  
Cabinet Dr. Youssef ALLALI  
Boulevard Albert Premier

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<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 : cabinetyoussefallali@hotmail.fr