

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



## Déclaration de Maladie

M22- 0040570

155507

### 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.

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02881 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : BOUKHARI - HASSANE  
 Date de naissance : 11/11/1954  
 Adresse : 11 - Rue de Jerbi - Bellevère Casablanca 20300  
 APT 3  
 Tél : 06.66.41.46.97 Total des frais engagés : 986,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
  
 Date de consultation : 07/07/2023  
 Nom et prénom du malade : Boukhari Soufiane Age : 68  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : H.M.  
 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 : 15/03/23  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

### 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.

### 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
15 Mars 2007	Consultation		30009	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/07/23	68620

### 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 canaux, 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th colspan="2"></th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="4">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D			G	00000000	00000000	35533411	11433553	B					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																					
	25533412	21433552	00000000	00000000																				
	D			G																				
	00000000	00000000	35533411	11433553																				
B																								
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

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

PPV: 82DH70

PER: 01/26

PPV: 82DH70

PER: 01/26

LOT: M136

PPV: 82DH70

PER: 01/26

LOT: M136

PPV: 82DH70

PER: 01/26

LOT: M136

Casablanca le :

15 Mars 2024

Dr Boukmaï Soufiani

Prezar 50 (6 Boites)  
1cp x 2b

200 x 6

1000

Iress 40 (186)

LOT: M136  
PER: 01/26  
PPV: 190,00 DH

686

PHARMACIE AL MASSIRA  
51, Rue Raïhal Ben Ahmed  
Dr. Mme BELOUSSA Ouafae  
Tél : 05 22 24 80 54  
Fax : 05 22 24 85 44

الدكتور يوسف علالي  
Dr. Youssef ALLALI  
Cardiologue Interventionnel  
Rés VAL ROSE - A - 2<sup>ème</sup> étage Angle Albert Premier  
(Place AL YASSIR) et Bd. Mohamed V Belvédère  
Tél / Fax : 05 22 24 80 54 / 05 22 24 85 44  
INPE : 091174714 - ICE : 001940020000042

الدكتور يوسف علالي  
Dr. Youssef ALLALI  
Cardiologue Interventionnel  
Rés VAL ROSE - A - 2<sup>ème</sup> étage Angle Albert Premier  
(Place AL YASSIR) et Bd. Mohamed V Belvédère  
Tél / Fax : 05 22 24 80 54 / 05 22 24 85 44  
INPE : 091174714 - ICE : 001940020000042

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

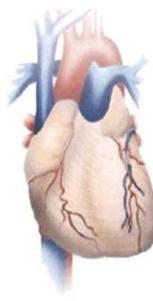
**Docteur Youssef ALLALI**

**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 علالي**

اختصاصي في العمليات التداخلية للقلب و الشرايين

حائز على دبلوم قسطرة القلب وتوسيع الشرايين بجامعة باريس  
حائز على دبلوم الصدى بالألوان للقلب و الشرايين بجامعة باريس

LE 15/03/2023

**FACTURE**

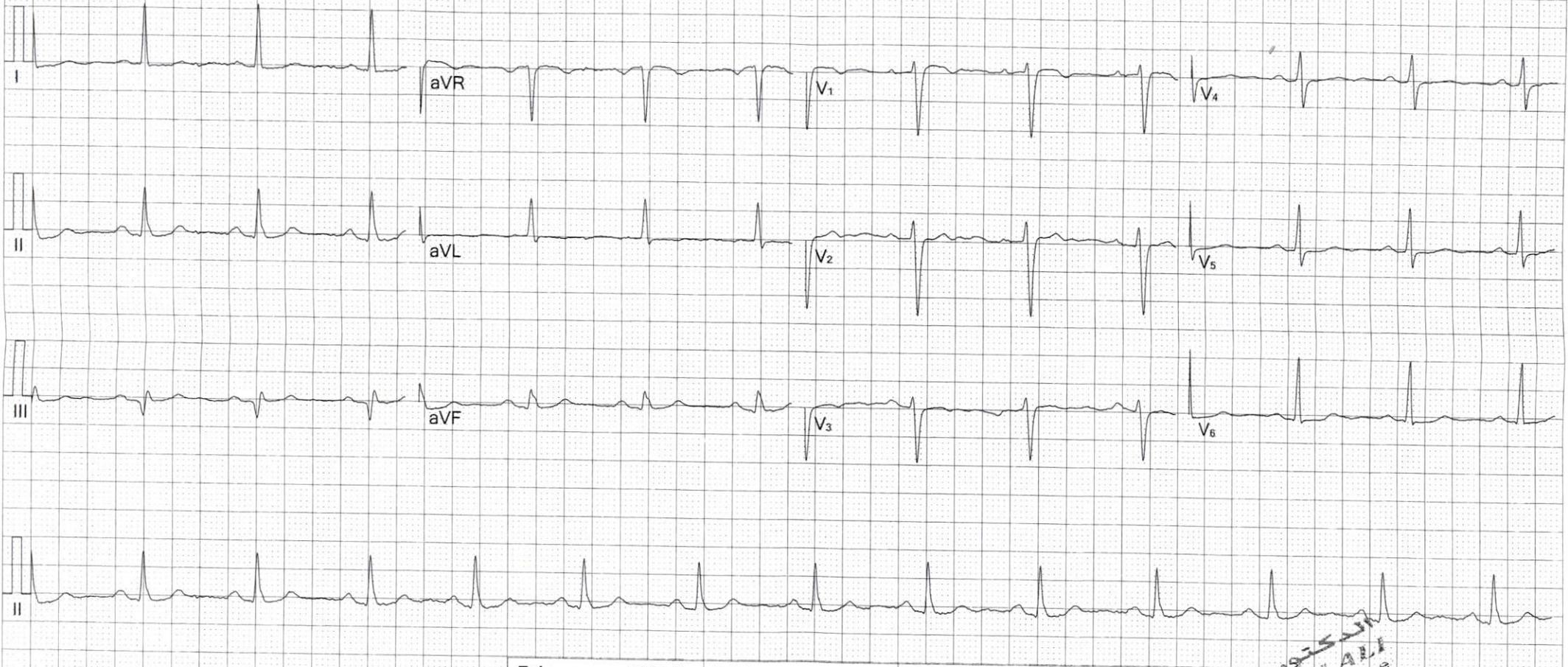
**NOM:** BOUKHARI SOUMIA

CONSULTATION :	200.00DH
ELECTROCARIOGRAMME :	100.00DH
TOTAL:	300.00 DH

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

**الدكتور يوسف علالي**  
Dr. Youssef ALLALI  
Cardiologue Interventionnel  
Rég. Méd. 10/03/2017  
Place El Youssef Belkacem  
Tel / Fax : 09117474  
INPE : 001940020000042

10mm/mV 25mm/s



Fréquence : 1000 Hz	PQ Interval : 170 ms
Durée Echantillon 20 s	Intervalle QT : 359 ms
FC : 74 bpm	Intervalle QTc 398 ms
Durée P : 106 ms	Axe P : 74.0°
Durée QRS : 91 ms	Axe QRS : 27.5°
Durée T : 238 ms	Axe T : 68.5°

Suggestion : Total Batts 25, Batts Normaux 25, \*\*\* Anomalie ST onde T, non spécifique, ECG Anormal ECG

*Dr ALLALI Youssef*  
Signature Médecin:  
CASA BLANCA  
Tél : 0517747171 - KSE : 041111060000000000

Filtre Principal:On Filtre ADS:On