

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° P19- 049637

Maladie

Dentaire

Optique 172474 Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 005930 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ADGMOGHRI LAHLI

Date de naissance : 07/01/1965

Adresse :

Tél. : 0645692283 Total des frais engagés : 3891,9 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr YOUSSEF ALLALI
Cardiologue et Médecin généraliste
Rés. VAL ROSE, 44, Avenue Hassan II, 20000 Casablanca
(Plaza AL YOUSSEF, 44, Avenue Hassan II, 20000 Casablanca
Tél / Fax : 05 22 20 45 45 (LG) - 05 22 22 78 18 (FAX)
INPE : 05 17 47 16 - NICE : 05 94 00 20 00 042

Date de consultation : 18/05/2023

Nom et prénom du malade : ADOUHOUI LAHLI Age: 1365

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Gastro-entérologie

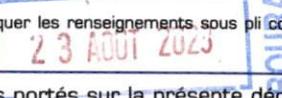
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 Le : 18/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

 MUPRAS

ACCUEIL

BOUAB

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Date et Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
18/05/2000	Consultation	300,00		
				CCG

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ACHAKAF S.A.R.L. DE SAHIB Mohammed Amine 96, Rue Socrate Meleir - Casablanca Tél: 05 22 25 22 09	18/05/2000	3591,97

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
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth 1-8 and letters				

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 عاللي

أخصائي في العمليات التدخلية للقلب والشرايين

حاائز على دبلوم قطاعه للقلب وقريع الشرايين بجامعة باريس

حاائز على دبلوم قطاعه للقلب وقريع الشرايين بجامعة باريس

Casablanca le : 08/05/2013

1. ADDUCTION CARDIO-INTERVENTIONNEL
69,30
~ NATISPRAY: (78) buffer en cas de an
58,10 x 6
~ Cardenail 8: 100%
167,00 x 6
~ crest 10: 186
270,00 x 6
40% Caphria 10/100 8/83
98,00 x 6
59 corayl 5 x 8/10

6 mls

3591,90 درهم

INPE: 091174714

ICE: 001940020000042

Sur Rendez-vous

العنوان : إقامة فال دوز - 1 الطابق الثاني - زاوية شارع محمد الخامس وساحة آل ياسر بقلب الدار البيضاء
Adresss : Résidence VAL ROSE - A - 2nd 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

