

# 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.



## Déclaration de Maladie

N° P19- 049639

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00585 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : VEUVE

Nom & Prénom : M<sup>me</sup> NADIF FATIMA EP. ABHLOU

Date de naissance : 1941

Adresse :

Tél. : 0645692083 Total des frais engagés : 1554,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/09/2023

Nom et prénom du malade : NADIF FATIMA Age :

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

Nature de la maladie : D<sup>g</sup> de l'hypercholestérolémie

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 : 25/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :

## 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.

**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



# 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
			300,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/09/23	1254,40

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

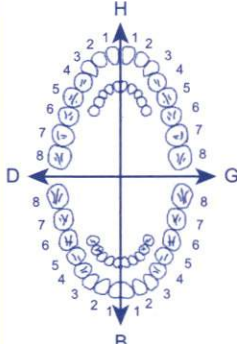
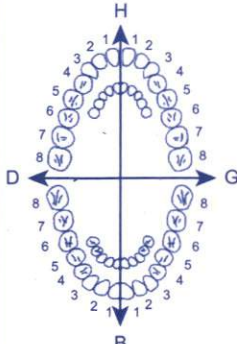
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

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															
				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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </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																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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

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 الجراحية للقلب والشرايين

حائز على دبلوم تسيطة القلب وتسيط الشرايين بجامعة باريس

حائز على دبلوم الكسدي بالانوار للقلب والشرايين بجامعة باريس

Casablanca le : 25/02/2023

NADIR  
34,60 x \$  
Lasilix 40 mg  
35,70 x \$  
KARDOLIC 10 mg  
41,80 x \$  
Avalo 40 : 1/2  
57,00 x \$  
TRIATEC 2,5 : 1/2  
137,20 x \$  
V. ASTHMOZOL : 1/2  
45,20 x \$  
Avalo 60 : 1/2  
31,30 x \$  
Avalo 10 : 1/2  
48,00 x \$  
Avalo 40

INPE: 091174714  
ICE: 001940020000042

Sur Rendez vous

المنوان : إقامة فال روز  
الطابق الثاني : زاوية شتات محمد الخامس وساحة آل ياسر بلفدير 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 : cabinet.youssefallali@hotmail.fr



PER:11 2026

LOT: 22E020

LASILIX 40MG  
20CP SEC

P.P.V: 34DH60



LASILIX 40MG  
20CP SEC

P.P.V: 34DH60



6 118000 060468

LOT: 23E003  
PER:01 2027

LASILIX 40MG  
20CP SEC

P.P.V: 34DH60



6 118000 060468

LOT: 22E017  
PER:10 2026

LASILIX 40MG  
20CP SEC

P.P.V: 34DH60



6 118000 060468

LASILIX 40MG  
20CP SEC

P.P.V: 34DH60



6 118000 060468

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V: 35DH70



6 118001 081189

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V: 35DH70



6 118001 081189

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V: 35DH70



6 118001 081189

LOT: 22E010  
PER: 10 2025

AVLOCARDYL 40MG  
CP SEC B50

P.P.V: 41DH80



6 118000 060468

97,70

97,70

137,20

137,20

137,20

45,20

45,20

45,20

LOT  
EXP  
PPV

230747  
02 2027  
31.30

230304  
01 2027  
31.30

T  
P  
/ 230748  
02 2027  
31.30

48,00

48,00