

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00585 Société : R.A.M

Actif  Pensionné(e)  Autre : NEUVE

Nom & Prénom : Mme NADIF FATIMA ZP. AGHA GAMI

Date de naissance : 1941

Adresse :

Tél. : 0645692083 Total des frais engagés : 1554,42 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/09/2012

Nom et prénom du malade : NADIA FATIMA Age : 71

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : maladie de l'oreille

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 : 21/12/2012

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE

2  
Ac

RELEVE 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
	Bulletin	300 34		JOHNSON 300 34 14-CE-019408-0000CA

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

L'acheteur du Pharmacien et/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 Cœfficients	Montant des Honoraires

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a 16-pointed star of David, also known as a hexagram or Star of David. The points are arranged in two concentric circles of eight points each. The outer ring consists of points labeled 1 through 16 in a clockwise direction starting from the top point. The inner ring also has points labeled 1 through 16 in a clockwise direction, mirroring the outer ring's sequence. The points are represented by small circles with numbers, and the overall shape is centered with a horizontal axis pointing left and a vertical axis pointing up.

(Création, remont, adjonction)

**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

احصائي في العملية الجراحية للقلب والشرايين

حاصل على دبلوم متسلقة القلب وقوس القلب للغيريين بجامعة باريس

حاصل على دبلوم متسلقة القلب وقوس القلب للغيريين بجامعة باريس

Casablanca le : 25/05/2003

34,60 X \$ MADIR SV  
PASILIX 40 : 28 SV  
35,70 X \$ KARDIOLOGIE 16 : 28 SV  
61,80 X \$ AV/CARDIOL 40 : 1/2 SV  
07,70 X \$ TRIATEC 2,5 : 1/2 SV  
13,120 X \$ VASTHOR 22 : 28 SV  
165,200 X \$ CATHÉTRE 80 : 1/2 SV  
AVAIL 6g : 1/2 SV  
21,30 X \$ CATHÉTRE 20 : 1 SV  
48,00 X \$ D. MEGAL 10 : 1/2 SV  
KABY 40

INPE : 091174714

ICE : 001940020000042

Sur Rendez-vous

العنوان : إقامة فال روز - الطابق الثاني - زاوية شارع محمد الخامس وساحة آن ياسير بلقدير الدار البيضاء

Adresse : Résidence VAL ROSE - A - 2<sup>me</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

LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V :34DH60  
PER.:11/2026

LASILIX 40MG  
20CP SEC

P.P.V :34DH60

6 118000 060468

LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V :34DH60  
PER.:01/2027

6 118000 060468

LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V :34DH60  
PER.:10/2026

6 118000 0616 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 113001 081189

AVLOCARDYL 40MG  
CP SEC B50  
LOT: 10/2010  
P.P.V :41DH80

6 118000 081189

97,70

97,70

137,20

137,20

115,20

45,20

45,20

LOT 230747  
EXP 02 2027  
PPV 31.30

230304  
01 2027  
31.30

T 230748  
P 02 2027  
I 31.30

48,00

48,00