

# 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.

## Biologie 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.

## Prothèse :

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

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 044502

N.D. 43398

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7907 Société : RAY

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TIKAT OMAR

Date de naissance : 03/06/65

Adresse : Rue 66 N° 700 AZHARIZ OULEA CABA

Tél. 0661087775 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/10/2020

Nom et prénom du malade : BACHA EL ANASSIR Age :

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

Nature de la maladie : Néoplasie du Sein

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 : / /

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 Règlement des Actes
07/10/20				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/10/20	87.20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

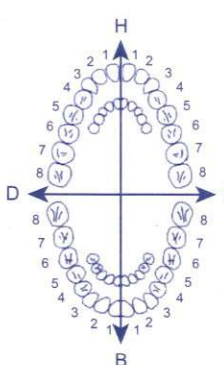
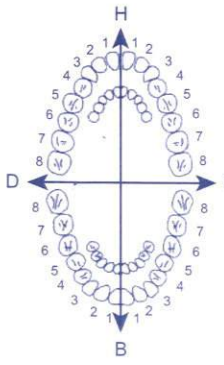
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	07/10/20					150,00

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				Coefficient DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DEBUT D'EXECUTION																
				FIN D'EXECUTION																
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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G			Coefficient DES TRAVAUX
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS																
			DATE DU DEVIS																	
			DATE DE L'EXECUTION																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



07/10/20

**Pr. A. Acharki**

Onco-Radiothérapeute

**Dr. O. Alami**

Onco-Radiothérapeute

**Dr. H. El Boussairi**

Onco-Radiothérapeute

**Pr. A. Benider**

Onco-Radiothérapeute

TPA: Mardi AM / Vendredi AM

**Pr. S. Sahraoui**

Onco-Radiothérapeute

TPA: Lundi AM / Jeudi AM

**Pr. N. Benchakroun**

Onco-Radiothérapeute

TPA: Mardi AM / Vendredi AM

**Pr. Z. Bouchbika**

Onco-Radiothérapeute

TPA: Lundi AM / Jeudi AM

**Dr. S. Mouafik**

Onco-Radiothérapeute

**Dr. S. Hannioui**

Anesthésiste-Réanimateur

Mr Babablicou Anouar

1 - Esac 40  
1cp. b le m

2 - Ganon 150  
48.40 1000

3 - Nuxol 600  
38.80 1000

87.20



**Pr. Abdelkader ACHARKI**  
Oncologue Radiothérapeute  
INP : 091157321  
Ryad Oncologia Clinic

**PHARMACIE SAIB**  
Zakaria SAIB  
Docteur en Pharmacie  
: 64, Bd. Oud Daouda El Azami II  
Casablanca - Tél: 06 22 81 16 64



DISPONIBLE EN PHARMACIE UNIQUEMENT

غافسكون أدفانس

**GAVISCON**

**ADVANCE**

GOÛT MENTHE

**SOULAGEMENT RAPIDE ET PUISSANT**

- Brûlures d'estomac & indigestion
- Tracée forte et puissante
- Formule extra longue
- Tdém طريلة

تلكة التمتع

خالى من السكر

150ml

Soulever ici. Ne pas enlever.

غافسكون مزيج مثق للشرب فى قارورة سعة 150 ملل

التركبة:

الحيات الصوديوم 10 غ

بيك يوكات الوكسوم 2 غ

السواحل: لك ليل جوعة واحدة من 100 ملل

قائمة السواحل ذات التأثير الموض:

بار جودوكسينوات

المطل و الترويل:

دراى الامسها:

تفيلة سريمة: تدم

طريل: مند حوقة

المدة: عبر الهضم

طريقة الإمتصال:

عن طريق الفم

6 118001 151479 >

بحرك جيداً قبل الشرب.  
لا تتركوه فى متناول الأطفال.  
يتم التخزين فى درجة حرارة تقل عن 30 مئوية.  
لا يجب الخلط على القارورة لمدة تزيد عن 6 أشهر.  
Bien agiter avant usage. Ne pas réfrigérer.  
Tenir hors de portée des enfants.  
Fabricant titulaire de licence Royaume Uni:  
Reckitt Benckiser Healthcare (U) Ltd, Hull, HU8 7DS.  
Gaviscon Advance, l'apaise et le soulage des marques de commerce.  
Utiliser dans les 6 mois après ouverture.  
AMM No 104/14 DMP/21  
PPV, 48 DH 40

BN 012881  
DOM 05/2020  
EXP 05/2022

3079

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV.:

38,80



**MUXOL**  
Ambroxol

Solution buvable - 250 ml



6 118000 080572



07110120

**Pr. A. Acharki**

Onco-Radiothérapeute

**Dr. O. Alami**

Onco-Radiothérapeute

**Dr. H. El Boussairi**

Onco-Radiothérapeute

**Pr. A. Benider**

Onco-Radiothérapeute

TPA: Mardi AM / Vendredi AM

**Pr. S. Sahraoui**

Onco-Radiothérapeute

TPA: Lundi AM / Jeudi AM

**Pr. N. Benchakroun**

Onco-Radiothérapeute

TPA: Mardi AM / Vendredi AM

**Pr. Z. Bouchbika**

Onco-Radiothérapeute

TPA: Lundi AM / Jeudi AM

**Dr. S. Mouafik**

Onco-Radiothérapeute

**Dr. S. Hannioui**

Anesthésiste-Réanimateur

N<sup>o</sup>. BABALAHSEN Asmaa

ringage de la chambre  
implantable  
(15000dH)

**Professeur Abdelkader ACHARKI**  
Oncologue - Radiothérapeute  
Ryad Oncologia Clinic  
15, Allée du Persée Q. des Hôpitaux Casa  
Tél: 0522 86 27 00/86 25 31 Fax: 0522 86 25 56  
INP: 091157321