

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 958 Société :

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : RASFIS abdelkader

Date de naissance : 30/06/1942

Adresse : 191 B. Saphra - casablanca

Tél. : 0676 435577 Total des frais engagés : 161,42 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : / /

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : / /

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 : 01/01/2014

Signature de l'adhérent(e) : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

Signature de l'assureur : / /

Signature de l'agent : / /

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 10/11/2011 | 184 | 8 | 800 | Dr. Abdelkader AYOUBI Radiothérapeute - INP 091121 Dr. Yassine AYOUBI Oncologia Clinic Persée Q. des Hôpitaux 6625 31 Casablanca 0522 862662 09 54 1 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien *Rec. 56* **Montant de la Facture**
ou du Fournisseur *✓* **Date**

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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.

| 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 | | | |
| | H | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| D | | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | |
| B | | | | |
| | | | | 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



Pr. A. Acharki
Onco-Radiothérapeute

Dr. O. Alami
Onco-Radiothérapeute

Dr. H. El Boussairi
Onco-Radiothérapeute

Pr. A. Benider
Onco-Radiothérapeute
Mardi AM / Jeudi AM

Pr. S. Sahraoui
Onco-Radiothérapeute
TPA: Lundi AM / Jeudi AM

Pr. N. Tawfiq
Onco-Radiothérapeute
TPA: Lundi AM / Mercredi AM

Pr. N. Benchakroun
Onco-Radiothérapeute
TPA: Mardi AM / Jeudi AM

Pr. Z. Bouchbika
Onco-Radiothérapeute
TPA: Lundi AM / Jeudi AM

Dr. S. Mouafik
Onco-Radiothérapeute

Dr. C. Lahmamssi
Onco-Radiothérapeute

Dr. A. Iraqi
Onco-Radiothérapeute

*Pr. Abdelkader Acharki
Onco-Radiothérapeute - INP 091157321
15, Allée du Persée, Q. des Hôpitaux Casablanca
Tél: 0522 86 27 00 / 86 25 31 Fax: 0522 86 25 56
Secrétaire: 0662 09 54 15*

EFFIPRED® 20 mg

*PPV 400000
EXP 07/2026
LOT 350025*

Me Rafed Abdelkader Acharki

40,00

*1) Solupred 20 mg EFFipred-
Zepka 100 mg
Matiapril 10 mg*

2) Umax 10 mg

121,40 Dhs 15 le 25

161,40

*PHARMACIE SALAM
SEKRAIT AL Nada
430 Bd. Al Qods Irada - Ain Chok
Face CNSS - Casablanca
Tél: 05 22 21 13 26 / PT 3402*

*Pr. Abdelkader Acharki
Oncologue Radiothérapeute
INP 091157321
Ryad Oncologia Clinic*

*LOT 231388
EXP 04/2025
PPV 121.40DH*