

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.

Maladie :

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- 067014

ND: 29746

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2611 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEKRALI AHMED.

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : #1108,20# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ACCUEIL

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 : Le : 22/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
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"/>												
				Montant des soins <input type="text"/>												
				Début d'exécution <input type="text"/>												
				Fin d'exécution <input type="text"/>												
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/>												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		D 00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
00000000	00000000															
G																
D 00000000	00000000															
35533411	11433553															
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <input type="text"/>													
			Fin d'exécution <input type="text"/>													
Visa et cachet du praticien attestant <u>le devis</u>		Visa et cachet du praticien attestant <u>l'exécution</u>														



P 17/0058648

DATE DE DÉPÔT
22.06.2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 2611	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom BEKKALI AHMED			
Fonction	Phones		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient Bekkali Ahmed		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 67 ans
Nature de la maladie		Date 12/07/2020	
		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances Choléra Albonnière			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
720 mg	004	720 mg	
PHARMACIE	Date 12.5.20		
Montant de la facture	388,80		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
CACHET			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
CACHET			

PHARMACIE ROUDAN
Mme LEBBAR Khodja Ep MIKOU
26, Bd Brahim Rouday, Casablanca
Tél: 05 22 27 23 85 / 05 22 27 12 77



388.20

صيدلية الروداني
PHARMACIE ROUDANI
Mme LEBBAR Khadija Ep MIKOU
26, Bd Brahim Roudani Vers Mily Youssef
Maârif - Casablanca
Tél. : 05 22 27 23 86 / 05 22 27 12 24

Dr GUERSSOU Mohamed Rachid
Médecin Généraliste
40 El Fida
Tél. 05 72 28 44 71
05 65 79 19 89

صيدلية الروداني
PHARMACIE ROUDANI
Mme LEBBAR Khadija Ep MIKOU
26, Bd Brahim Roudani Vers Mily Youssef
Maârif - Casablanca
Tél. : 05 22 27 23 86 / 05 22 27 12 24
Rachid

Tél. : 05 22 27 23 88



Dr. GUINOT Mohamed Rachid
Médecin Généraliste
40 El Fida
Derb El Michine - Tél. 05 22 27 23 88
Casablanca - Tél. 05 65 79 40 67
Portable: 05 65 79 40 67

E-mail : contact@sosmedecinca.com • E-mail : sosmedecin20@gmail.com

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubier bnou al aouam roches
noires casablanca

INEXIUM

20 mg Cpr GR

Boîte 14

64015DMP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH

6 118001 020591

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubier bnou al aouam roches
noires casablanca

INEXIUM

20 mg Cpr GR

Boîte 14

64015DMP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH

6 118001 020591

Lot: 26A0007A
A consommer de préférence avant le: 10/2022

PPC: 89,50 DH

Lot: 26A0007F
A consommer de préférence avant le: 10/2022

PPC: 89,50 DH

NO - SPA FORTE 80MG
CP B20

P.P.V: 45DH00

6 118000 061816

LOT: 9MA064
PER: 12/2021

Dr GUESOUS Mohamed Rachid
Médecin Généraliste
Casablanca - 19 9522 28 44 57
Portaile: 06 65 79 20 91



SOS Médecins Maroc
MEDECINS D'URGENCE
MULTI-SERVICES 24H/24



A: La Le: 12/05/2020

NOTE D'HONORAIRES

Facture détaillée :

Consultation : 600⁰⁰⁰

Injection + Consommable : 220⁰⁰⁰

Oxygène + Nébulisation : 0

ECG : 0

Echographie : 0

Total : 720⁰⁰⁰ DH

SOS MEDECINS vous souhaite un bon rétablissement

A.M. Belkhalil Ahmed

Et vous adresse selon l'usage, sa note d'honoraire soit la somme de

Sept cent vingt deux mille DH

06 61 14 09 80 / 05 22 47 47 47 / 05 22 20 20 20

44, Rue des Hôpitaux - CASABLANCA 20360 Maroc

Régulation: 06 61 14 09 80 / 05 22 47 47 47 / 05 22 20 20 20

email: contact@sosmedecinsmaroc.ma - www.sosmedecinsmaroc.ma