

## ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

- 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.

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

- 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.

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

- 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.

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

- 0 Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- 0 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- 0 Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

**MUPRAS** : Centre Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



Nº W19-563310

51526

☒ Maladie      ☐ Dentaire      ☐ Optique      ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : \_\_\_\_\_

Matricule : 08767 Société : T4 DEC. 2020

☒ Actif      ☐ Pensionné(e)      ☐ Autre :

Nom & Prénom : ADET BOUKHIS.

Date de naissance : 06-03-68

Adresse : CHATELAIN FOUILLON 14011 IN HENRI ALFOS  
BOUKHIS CHATELAIN

Tél. : 06 21 73 58 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr Amine KHALOUI  
SOS MEDECIN  
Offence domicile  
111247664

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/09/2020

Nom et prénom du malade : HASBAHI LAILA Age: 52

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

Nature de la maladie : indigestion

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) : .....

☐ Coisint  
 liges st  
 constances :  
 entiel, communie les renseignements sous p  
 eignement s portés sur la présente décl  
 à la protection des données personnelles  
 Le :  
 [15 OCT 2021] ACCUEIL



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
08/09/2020	(A)	1	700 d.H	<b>Dr Amine KHALOUI</b> <b>SOS MEDECIN</b> <b>Urgence à domicile</b>
		1		
		1		

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Dr. M. AZENAR</b> Centre Commercial Green Town Ville Verte - Bouskoura - Tel.: +212 520 52	08/09/20	# 171,30

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																											
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																							
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				
	H		H																								
	25533412	21433552																									
	00000000	00000000																									
	D		G																								
	00000000	00000000																									
	35533411	11433553																									
	B																										
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PPV: 96DH00  
PER: 11/22  
LOT: J1605-2

2710

# IN CASABLANCA

## Urgence à domicile

Casablanca, le : 08/09/2020...

PPV: 19DH70  
PER: 05/23  
LOT: J1564

Home **KASBAHI LAILA**

2810

2/ Vogalier - Sirop

96,00 2 x 3 /j

2/ Prasor 20

19,70 2 /j

3/ Apzicle

27,50 2 x 3 /j

4/ Spasfor 80

2 - 3 /j

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

2810

**فوخالين 0,1%**

ميطوبيمازين

Total = 171,30

**Dr. Amine KHALOUI**  
**SOS MEDECIN**  
**Urgence à domicile**

صيدلية  
PHARMACIE  
Dr. AMINE KHALOUI  
Centre Commercial AZENNAR  
Boulevard Hassan II

0522 47 47 47

0522 20 20 20

44 Rue des Hôpitaux - CASABLANCA 20360

Tél : +212 522 47 47 47 / +212 522 20 20 20 - Fax: +212 522 29 71 47

Web: [www.sosmedecincasa.com](http://www.sosmedecincasa.com) - Mail: [contact@sosmedecincasa.com](mailto:contact@sosmedecincasa.com)