

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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.

**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](http://www.mupras.com)

190293

**Déclaration de Maladie : N° S19-0004858**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11049 Société : RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KAROUI YOUSSEF Date de naissance : 02/11/1968

Adresse :

Tél. : 0707752675 Total des frais engagés : 524,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/01/2024

Nom et prénom du malade : K.A.R. KAROUI YOUSSEF Age : 55ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : infection respiratoire

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 : 08/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

af



### 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
08/01/24	CS	1	250,00	250 = 150 Dr. MOUAD LEFRAYAN Médecin Généraliste
20/01/24	VI		CS = 150	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ACHIR 101 bd des Quods Lot Standard Rue 14 Inara 1 Ain Chok-Casa Tel. 05 22 52 82 53	08/01/24	274,90

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 canalaire, 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
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

**[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



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



A : Ca Sa Le : 08/01/2024

## NOTE D'HONORAIRE

Facture détaillée :

Consultation : ..... 150 DA

Injection + Consommable : ..... 100 DA

Oxygène + Nébulisation : .....

ECG : .....

Echographie : .....

Total : 250 DH

SOS MEDECINS vous souhaite un bon rétablissement

A.M. .... KAAROUY YOUSSEF

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

250 DH

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

44, Rue des Hôpitaux - CASABLANCA 20360 Maroc  
email: [contact@sosmedecinsmaroc.ma](mailto:contact@sosmedecinsmaroc.ma) - [www.sosmedecinsmaroc.ma](http://www.sosmedecinsmaroc.ma)

Moud LERAYAH  
Médecin Généraliste



La santé avant tout!

# ORDONNANCE

Nom et Prénom(s) du patient. YARROU MI. YOUSSEF

Le 08/01/2024

8773  
1)

Bionamic 500mg  
1 p/s 2 ml qd

S.V.

LOT: M9978  
PER: 02/2025  
PPV: 87,00 DH

1400  
2)

Doliprisme 1000mg

2 p/s

S.V.

PPV: 14DH01  
PER: 10/26  
LOT: M3404

1522  
3)

Vit C 1000mg  
2 p/s 15 ml qd 100

S.V.

PPV: 15DH30  
EXP: 05/2026  
LOT: 340311

49,60  
4)

D care forte

S.V.

PPV: 49,60 DH  
LOT: 23H10  
EXP: 08/2026

69,00  
5)

Do Cinox 250mg  
2 p/s 31 g

S.V.

LOT: 230734  
DUO: 07/2026  
69,00DH

40,00  
6)

Co Cimed 200mg  
Médecin Généraliste  
Dr. Mouad LAFIKI

S.V.

Dr. Mouad LAFIKI  
Médecin Généraliste  
Tél: 05 22 52 82 53  
Rue 14 Juillet 2013, 1er étage, Mandarona  
ACHIR  
Casablanca  
PPV: 40DH00  
PER: 12/26  
LOT: M4154

27493  
7)

06 27 55 55 55



contact@omnidoc.ma



www.omnidoc.ma

Médecin à domicile | Analyses à domicile | Transport ambulance | Hospitalisation à domicile  
Personnel paramédical | Matériel médical | assistance à l'hospitalisation | Passéport Santé  
Test PCR à domicile