

# 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 ayant 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

Nº W19-576363

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

0901

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 68 46 04 18

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/10/2020

Nom et prénom du malade : AFRAANE FATHIA Age: 57

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourguiseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL BOUTEFLIA - 16, route de la MRC - 16000 ALGER	03/12/2022	151,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	03/10/2020	2000,00	

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> (List of treated teeth)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (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"/>												
<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
		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"/>														



# SOS Médecins Maroc

## MEDECINS D'URGENCE

### MULTI-SERVICES 24H/24



A: (712bP3-15) Le: 03/10/2020

Time AHRANE FATIMA EPCHTEINI

55, Jod2  
2/ Amoxi 29 (1S)  
2 g x 3 j - (<8jv)  
14, 10  
2/ Doxipro 29 (1S)  
2 x 4 j -  
3/ Vit C 29 (1S)  
67, 02 x 1 j -  
4/ ultra Peuvre  
2 x 3 j -  
Total 1,00

ARMACIE EL WIFAK  
ARMAZEN ADDEKADER  
Dr. BOUDAD Abdellkader  
n° 85 Lot. 778 El Wifak El Oulema  
CASABLANCA - Tél: 05.22.90.05.56

PPV: 55,00 DH  
LOT: 644072  
PER: 10/21

PPV: 55,00 DH  
LOT: 644072  
PER: 10/21



Dr Amine  
SOS MEDECIN  
Urgence à domicile

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

44, Rue des Hôpitaux - CASABLANCA 20360 Maroc

Casablanca - Rabat - Marrakech - Agadir - Fes - Tanger

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

ot : مجموعه Fab : صنع EXP : صالح لغاية

3747 03/20 03/23

BIOCODEX MAROC PPV 67.00 DH



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



A: (212) 52 20 20 20  
Le: 03/10/2020

Hme AHRANI FATIMA EP CHILOU

- patiente de 57 ans, qui présente

fièvre, diarrhée, asthénie,

⇒ scanner thoracique

Dr Amine KHALOUI  
SOS MEDECIN  
Urgence à domicile

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

44, Rue des Hôpitaux - CASABLANCA 20360 Maroc

Casablanca - Rabat - Marrakech - Agadir - Fes - Tanger

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

**CLINIQUE JERRADA OASIS**

**مصحة جرادا الوازيس**



feu MP

TDM Thorax

Casablanca, le 03-10-2020

DR BENDADI AZZEDDINE

Clinique JERRADA OASIS  
Service de Radiologie  
Casablanca  
Tél. : 05 22 99 37 48







Casablanca, le  
03/10/2020

PATIENT : **AMRANI FATIMA**

PRESCRIPTEUR:

### **SCANNER THORACIQUE**

#### **TECHNIQUE :**

Acquisition spiralée millimétrique sans injection de produit de contraste.

#### **RESULTATS :**

Absence de nodule ou de micronodule parenchymateux décelable.  
Discrete petite bulle emphysématose postéro-basale gauche.  
Absence de foyer pulmonaire décelable.  
Absence d'épanchement pleural ou péricardique.  
Absence d'adénopathies médiastinales de taille significative.  
Cavités cardiaques de morphologie normale.  
Surrénales libres

#### **CONCLUSION :**

Scanner thoracique sans anomalie significative.

Merci de votre confiance  
**DR BENMOUSSA**

CLINIQUE JERRADA

SERVICE DE RADILOGIE

Tel. : 05 22 23 81 81 - 05 22 23 84 52/53/54 - Fax : +212 5 22 23 81 82