

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

N° W19-593742

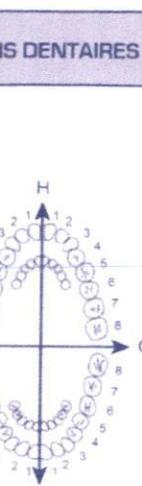
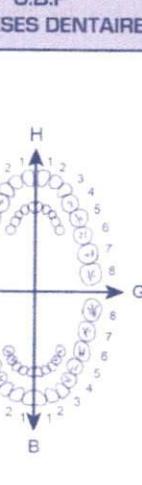
54922

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 5696	Société : RAZ		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	DRISSI AHMED
Nom & Prénom : DRISSI AHMED			
Date de naissance : 01/01/1939			
Adresse : N° 37 Rue des Gassina Hassania OULPA CASA			
Tél. : 0669 40 79 87 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<i>Dr. ZHNOUNE Mohamed Médecin MUPRAS</i>			
Date de consultation : 18/11/2020			
Nom et prénom du malade : MAURICE			
Lieu de patienté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint covid 19 <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : MUPRAS			
En cas d'accident précisez les causes et circonstances : Le covid 19			
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 : **18/11/2020**
Signature de l'adhérent(e) : **Le : 18/11/2020**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Nasreddine Hassana Dr Laïla NAOUZIR 10, rue Hassana, B.P. 6 - Oulad Aït Hassira - Tél. 05 22 80 57 77 Casablanca	18/11/2020	25.06, 80

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 <table border="1"> <tr><td>Dents Traitées</td><td>Nature des Soins</td><td>Coefficient</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																											INP : <input type="text"/>		
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																													
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																																	
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																																	
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																																																	
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																																																	
	ODF PROTHÉSES DENTAIRES DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H <table border="1"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">D</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> G B			25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553																																				
	25533412	21433552																																															
	00000000	00000000																																															
	D																																																
	00000000	00000000																																															
	35533411	11433553																																															
	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"/>																																																
	(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



CAS 18/11/2020

Dr. ZAHINOUNE Moham
Service de Médecin de l'Air
SOS Médecins Maroc

Nr drissi Ahmed

79,70 x 2

1)

Agix 500 mg
1cp 1enjou
1/2cp 1inj



PPV: 14DH00
PER: 10/23
LOT: J2913

36,60.

LOT : 9175
UT. AV : 04-23
P.P.V : 36 DH 60

Bétastine 1mg



PPV: 79DH70
PER: 10/23
LOT: J2863

14,000 x 2

3)

Dolipr 3cp/15

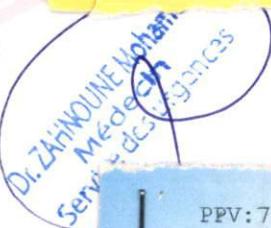


PPV: 14DH00
PER: 09/23
LOT: J2499

15,30

4)

Vit C 1000



PPV: 79DH70
PER: 10/23
LOT: J2863

5)

Zinaski

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

123,60
x4 6) Inexil 100
= 492

38,10 7) ultralevne
x3 1

347,00 8) Nover 0,4
dig 1/5

2506,80 Dr. Lalla H.
Lot. Massira Hassania
Casablanca - Tel: 06 22 95 57 77

SYNTHEMEDIC
22 rue soueir bno al aouam roches
noires casablanca
INEXTUM

40 mg Cpr GR
Boite 14
641150MP/21NRO P.P.V:123,60 DH
6 118001 020607

SYNTHEMEDIC
22 rue soueir bno al aouam roches
noires casablanca
INEXTUM

40 mg Cpr GR
Boite 14
641150MP/21NRO P.P.V:123,60 DH
6 118001 020607

SYNTHEMEDIC
22 rue soueir bno al aouam roches
noires casablanca
INEXTUM

40 mg Cpr GR
Boite 14
641150MP/21NRO P.P.V:123,60 DH
6 118001 020607

Vita C1000
PPV 150H30
EXP 10/2023
LOT 09031 12

1 Flas

Dr. ZAHOUNE Mohamed
Médecin
Service des Hôpitaux

Pharmacie Massira Hassania
Dr. Lalla HAOUIZIR
Lot. Massira Hassania Rue 6 - Oulfa
Casablanca - Tel: 06 22 95 57 77

4000 UI anti - Xa/0,4 ml

6 محقنات مملوئات مسبقا



4000 UI anti - Xa ملخ .5.0 ملخ anti-Xa .5.0 ملخ
 محلول قابل للحقن

سوطيمـا
Sotthema



نوفيكس
إوكسابارين صوديك

LOT 202330 1
EXP 09 2022
PPV 347.00 DH



Novex®

4000 UI anti-Xa/0,4 ml
6 seringues pré-remplies

Remboursable AMO

6118000021902

4000 UI anti - Xa/0,4 ml

6 محقنات مملوئات مسبقا



4000 UI anti - Xa ملخ .5.0 تعادل 4000 anti-Xa محلول قابل للحقن

سوطيمـا
Sotthema



نوفيكس
إنوكسابارين صوديك

LOT 202330 1
EXP 09 2022
PPV 347.00 DH



Novex®

4000 UI anti-Xa/0,4 ml
6 seringues pré-remplies

Remboursable AMO

6118000021902

4000 UI anti - Xa/0,4 ml

6 محقنات مملوئات مسبقا



4000 UI anti - Xa ملخ .5.0 ملخ anti-Xa .5.0 ملخ
 محلول قابل للحقن

سوطيمـا
Sotthema



نوفيكس
إوكسابارين صوديك

LOT 202330 1
EXP 09 2022
PPV 347.00 DH



Novex®

4000 UI anti-Xa/0,4 ml
6 seringues pré-remplies

Remboursable AMO

6118000021902

ULTRA-LEVURE®

Saccharomyces boulardii **CNCM I-745**



10 Sachets
250 mg



BIOCODEX Maroc

مجموع

منع

صالح لغاية

3666

01/20

01/23

BIOCODEX MAROC PPV 38.10 DH