

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.

Pathologie 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.

Éducation :

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

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 caractére 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



Maladie

Dentaire

46910

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2723

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOSTAFA

Date de naissance : 08/08/55

Adresse : Hay Waqas

Tél. : 066260853 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Sanaa Benabdellah

Age : 18 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : dyslipidémie

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) :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie RAHMANI Dr. FA. ALI HAM Lot. Rahmani KM 4 KM 76 Sidi Mounir - Casablanca Tel.: 05 22 72 89 88</p> 	22/10/2020	581,00 dh

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D ————— 0
00000000 00000000

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession.

CŒFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES GAINS

DATE DU
REVIS

PHARMACIE RAHMANI
LOT RAHMANI RUE 14 N 76 SIDI MOUMEN
PHARMACIE RAHMANI



DR FILALI ILHAM

R.C :297116

Patente:33035628

T.V.A :

C.N.S.S:

Banque:

Tél :0522 72 89 88

Le 22/10/2020

FACTURE N°446291

BOURHIL SANAA

Désignation	Quantité	PPM	Total
NOVOMIX 30 FLEXPEN BT 5 STYLO 	1	581,00	581,00
Total =			581,00

Pharmacie RAHMANI
Dr. FILALI ILHAM
Lot. Rahmani Rue N° 76
Sidi Moumen - Casablanca
Tél. 05 22 72 89 88

Arrêté la présente facture à la somme de :
Cinq Cent Quatre-vingt Un Dirhams.

30 مل × 5

نوفوميكس® فلديسيبيين®

100 وحدة/مل

علق للحقن في قلم معها مسبقاً
أنسولين أسيبرت
الحقن تحت الجلد

مصمم خصيصاً للاستعمال مع إبر نوفوفرين® أو نوفوفوريست®

لا تتحتوي العلبة على إبر
للاستعمال الوحيد، ذات أقصى طول 8 مم

1 مل من المعلق يحتوي على 100 وحدة (3.5 مل)
من الإنسولين
أسيبرت 30% (من الإنسولين أسيبرت محلول)
أسيبرت متيلور بالير وتامين)
غليسينور، فينور، ميتاكريپول، كلوريد الزنك كلوريد
الصوديوم، ديهيدرات فوسفاط الديصونتيوم، سوسفلات البروتامين،
هيدروكسكيد الصوديوم، حمض الكلوريليك و ماء التحضير
الحقن.

احترم المقدار المعنية
Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance/Liste II

مسقورد وموزع من طرف لا بروفان

21 زنقة الأولادية

20300 الدار البيضاء

© 2017 نوفوفوريست ش.م

نوفوفالي DK-2880 باوسفيرد
الدمارك

NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 581 DH



6 118001 121298

