

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

adiologie 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.

ntaire :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0025963

N° 21138

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 2723

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOSTAFA, BOURHIL

Date de naissance : 08.08.55

Adresse : HAY EWALAA, IM 20, N° 15

Tél. : 06.62.62.08.53 Total des frais engagés : 581 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : SANAA BOURHIL Age : 18 an

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
 Dr. KHALIL RAHMANI 10/01/2020 581,60 DH 092049899	10/01/2020	581,60 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 l'ostéodensitométrie.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with upper and lower teeth. Each tooth is assigned a number from 1 to 8. The upper teeth are numbered 1 through 8 from left to right. The lower teeth are numbered 8 through 1 from left to right. Below each tooth is a small circle containing a symbol: a vertical line with a dot (dot over bar) for upper teeth 1-4 and upper teeth 7-8; a horizontal line with a dot (dot over bar) for upper teeth 5-6; a vertical line with a cross (cross over bar) for lower teeth 1-4; and a horizontal line with a cross (cross over bar) for lower teeth 5-8. A large letter 'H' is positioned at the top center, and a large letter 'D' is on the left side, indicating the direction of orthodontic movement.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

DR FILALI ILHAM



R.C :297116
T.V.A :
Banque:
Tél :0522 72 89 88

Patente:33035628
C.N.S.S:

Le 10/01/2020

FACTURE N°414415

BOURHIL SANAA

Désignation	Quantité	PPM	Total
NOVOMIX 30 FLEXPEN BT 5 STYLO <i>S.V.</i>	1	581,00	581,00
Total = 581,00			

Pharmacie RAHMANI
Dr. FILALI ILHAM
Lot. Rahmani Rae 14 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.

ممل / وحدة 100

معلق الحفن في قلم معجا مسبقا
أنسولين إسبرت
الحفن تحت الجلد

مصمم خصيصا للامتناع مع إبر نوفوفرين® أو نوفوفوريست®
للاستعمال الوحدود ذات أقصى طريل 8مم.

لا تختوي العلبة على الإبر

1 مل من المعلق يحتوي على 100 وحدة (3.5 مل) من الأنسولين
إسبرت (ADN®)،
إسبرت من الأنسولين أسيبرت المنحل و 70% من الأنسولين
إسبرت متبلور بالبروتامين)
غليسيرول، فيتول، ميتكريوسول، كلوريد الزنك، كلوريد
الصوديوم، ديهيدرات فوسفاط الديصونديوم، سولفات البروتامين،
هيدروكسيد الصوديوم، حمض الكلوربوريك و ماء التحضير
الحقن

Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance/Liste II



بروك

مسؤولد وموزع من طرف لا بروفان
21 زنقة الأوادية
20300 الدار البيضاء

© 2017

نووفورديسك ش.م.م

نوفر إلى DK-2880 باسفورد
الدنماركي

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

8-9674-73-270-1



6 118001 121298