

# 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.

## 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.

## 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

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

Maladie

Dentaire

Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8783 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

MOSTARA, BOURHIL

Date de naissance : 08.08.55

Adresse : May WAZAA, IM 80, N° 15

Tél. : 0662600853 Total des frais engagés : 581 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : SANAA Bourhil Age : 18 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : hypertension

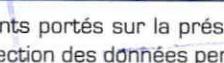
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



Le : / /

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature 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
<b>Pharmacie RAHMANI</b> Dr. FILALI ILHAM Lot. Rahmani Rue 14 N° 76 Sidi Moumen - Casablanca Tél : 05 22 72 89 88	13.02.20	581,00 DH

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

## [Création, remont, adjonction] ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

**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 13/02/2020

**FACTURE N°414415**

**BOURHIL SANAA**

Désignation	Quantité	PPM	Total
NOVOMIX 30 FLEXPEN BT 5 STYLO	1	581,00	581,00
<b>Total = 581,00</b>			

092049899

Pharmacie RAHMANI  
Dr. FILALI ILHAM  
Lot. Rahmani Rue 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.

100 وحدة/ مل

ملحق للحقن في قلم معجا مسبقا  
أنسولين إسبرت  
الحقن تحت الجلد

مصمم خصيصا للاستعمال مع إير نوفوفين® أو نوفوفورين®  
لاستعمال الوحيد، وذات القصى طول 8 مم.

لا تحتوي العلبة على الإبر  
1 مللي من المعلق يحتوي على 100 وحدة (3.5 مللي) من أنسولين  
إسبرت (ADN®)، (30% من الأنسولين أسرت المنحل و 70% من الأنسولين  
إسبرت متبولر بالبروتامين)  
غلسيبرول، فينيل، ميتاكريسول، كلوريد الزنك، كلوريد  
الصوديوم، ديفيلرات فوسفات الديصوديوم، سلفات البروتامين،  
هيدروكسيد الصوديوم، حمض الكلوريديريك و ماء التحضير  
الحقن

### Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance/Liste II



احترم المعايير المعرونة

بصرف فقط بمرجع وصلدة شفوية/إذن

مستورد وموزع من طرف لا بروفن  
21 زنقة الأواديمية  
21 الدار البيضاء  
20300  
© 2017  
نوفوفوريست من إم  
نوفوفوري DK-2880  
الدمارك

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



8-9674-73-270-1

6 118001 121298