

# 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 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 à 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

MC N° P19- 0044179  
ND = 29642

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10551 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
Nom & Prénom : EL HOR ABDELLAH IM  
Date de naissance : 12.01.63  
Adresse : Rue Rabat 7B cité de l'air  
Nouaceur  
Tél. : 6661318986 Total des frais engagés : 2905,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : .....

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 : .....

Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....



**RELEVÉ 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

5.5.20 2905,00

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue      Date      Désignation des Coefficients      Montant des Honoraires

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

Cachet et signature du Praticien      Date des Soins      Nombre      Montant détaillé des Honoraires

A M P C I M I V

**RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

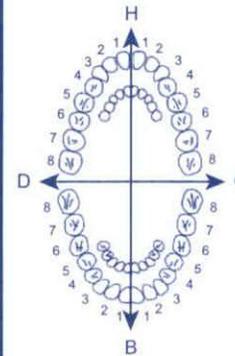
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'

**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 COEFFICIENT MASTICATOIRE**

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

**(Création, remont, adjonction)**

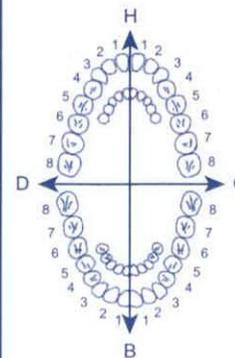
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

EL AMARI AHMED CHAWKI

0522532756

43 ,LOTISSEMENT MAKHLOUF 2 ,26200 DEROUA, DEROUA



**Facture N° 20200505-875**

Date de vente : 05/05/2020  
Médecin traitant : Dr BOUKHAMI

**EL HOR ABDERRAHIM**

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
NOVOMIX 30 IN FLEXPEN B5 INJECTABLES	5	581,00	Exonéré (0.00%)	2 905,00

Total HT	2 905,00 DHS
TVA	0 DHS
<b>Total</b>	<b>2 905,00 DHS</b>

**Arrêté la présente facture à la somme de : deux mille neuf cent cinq DHS**

100 وحدة/ ملل

معلق للحقن في قلم معبأ مسبقاً  
أنسولين أسبرت  
للحقن تحت الجلد

مصمم خصيصاً للاستعمال مع إبر نوفورفين® أو نوفوتوبست®  
للاستعمال التوحيدي، وراثات أقصى طول 8 مم.

لا تحتوي العبوة على الإبر

1 ملل من المعلق يحتوي على 100 وحدة (ن  
أسبرت (ADNR)،  
30% من الأنسولين أسبرت المنحل و 70% من الأنسولين

أسبرت مطبوع بالباليو وتامين)  
غليسيرول، فينول، ميثانكريسول، كلوريد الزنك، كلوريد  
الصوديوم، ثيبيدرات، نرسفات الديسمونيوم، سلفات البروتامين،  
هيدروكسيد الصوديوم، حمض الكلوريدريك و ماء لتخصيب  
الحقنات

  
novo nordisk®

يسرف لفظ بموجب رخصة طبوية/الأمانة II

احترم المعايير المعيارية

Respecter les dos

iniquement

مستورد وموزع  
ت - إيروفاي

21 نقطة الأوزن  
20300 الدار البيضاء

© 2017

نوفونورد فيميك ش.م.  
نوفوآلي  
DK-2880 باوسفيورد  
الدنمارك

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



6 118001 121298

1-202-23-4796-8

100 وحدة/ ملل

معلق للحقن في قلم معبأ مسبقاً  
أنسولين أسبرت  
للحقن تحت الجلد

مصمم خصيصاً للاستعمال مع إبر نوفورفين® أو نوفوتوبست®  
للاستعمال التوحيدي، وراثات أقصى طول 8 مم.

لا تحتوي العبوة على الإبر

1 ملل من المعلق يحتوي على 100 وحدة (ن  
أسبرت (ADNR)،

(30% من الأنسولين أسبرت المنحل و 70% من الأنسولين  
أسبرت ممتلور بالبر وتامين)

غليسيرول، فينول، وبتاكر يسول، كلوريد الزنك، كلوريد  
الصوديوم، ثيبيدرات تري سفاط الديصوديوم، سلفات البر وتامين،  
هيدروكسيد الصوديوم، حمض الكلوريدريك و ماء لتخصير  
الحقنات

  
novo nordisk®

يسرف لفظ بموجب رخصة طبية/الأمانة II

احترم المعايير المعينة

Respecter les dos

iniquement

مستورد ومو  
ت - بروفان

21 نقطة الأوزن

20300 الدار البيضاء

© 2017

نوفونورد فيمك ش.م

نوفوالبي

DK-2880 باوسفيورد

الدنمارك

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



6 118001 121298

1-202-23-4796-8

100 وحدة/ ملل

معلق للحقن في قلم معبأ مسبقاً  
أنسولين أسبرت  
للحقن تحت الجلد

مصمم خصيصاً للاستعمال مع إبر نوفورفين® أو نوفوتوبست®  
للاستعمال التوحيدي، وراثات أقصى طول 8 مم.

لا تحتوي العبوة على الإبر

1 ملل من المعلق يحتوي على 100 وحدة (ن  
أسبرت (ADNr)،

(30% من الأنسولين أسبرت المنحل و 70% من الأنسولين  
أسبرت مطبوع بالباليو وتامين)

غليسيرول، فينول، وبنزوكايسول، كلوريد الزنك، كلوريد  
الصوديوم، ثيبيدرات، نرسفات الديسمونيوم، سلفات البروتامين،  
هيدروكسيد الصوديوم، حمض الكلوريدريك و ماء لتخصيب  
الحقنات

  
novo nordisk®

يسرف لفظ بموجب رخصة طيرية/الأمانة II

احترم المقايير المعيارية

Respecter les dos

iniquement

مستورد وموزع  
ت - إيروفاي

21 نقطة الأوزن

20300 الدار البيضاء

© 2017

نوفونوردسبيك ش.م

نوفوالبي

DK-2880 باوسفيورد

الدنمارك

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



6 118001 121298

1-202-23-4796-8

100 وحدة/ ملل

معلق للحقن في قلم معبأ مسبقاً  
أنسولين أسبرت  
للحقن تحت الجلد

مصمم خصيصاً للاستعمال مع إبر نوفورفين® أو نوفوتوبست®  
للإستعمال الوحيد، ورات أقصى طول 8 سم.

لا تحتوي العلبة على الإبر

1 ملل من المعلق يحتوي على 100 وحدة (ن  
أسبرت (ADNR)،

(30% من الأنسولين أسبرت المنحل و 70% من الأنسولين  
أسبرت ممتلور بالبر وتامين)

غليسيرول، فينول، وبنزوكايسول، كلوريد الزنك، كلوريد  
الصوديوم، ثيبيدرات تري سلفايد، الديسمونيوم، سلفات البر وتامين،  
هيدروكسيد الصوديوم، حمض الكلوريدريك و ماء لتخصيب  
الحقنات

  
novo nordisk®

يسرف لفظ بموجب رخصة طبية/الأمانة II

احترم المعايير المعيارية

Respecter les dos

iniquement

مستورد وموزع  
ت - إيروفاي

21 نقطة الأوزن

20300 الدار البيضاء

© 2017

نوفونورد فيسك ش.م

نوفوآلي

DK-2880 باوسفيورد

الدنمارك

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



6 118001 121298

1-202-23-4796-8

100 وحدة/ ملل

معلق للحقن في قلم معبأ مسبقاً  
أنسولين أسبرت  
للحقن تحت الجلد

مصمم خصيصاً للاستعمال مع إبر نوفوفين® أو نوفوتوبست®  
للاستعمال التوحيدي، وراثات أقصى طول 8 مم.

لا تحتوي العبوة على الإبر

1 ملل من المعلق يحتوي على 100 وحدة (ن  
أسبرت (ADNR)،

(30% من الأنسولين أسبرت المنحل و 70% من الأنسولين  
أسبرت مطبوع بالباليو وتامين)

غليسيرول، فينول، وبتاكريسول، كلوريد الزنك، كلوريد  
الصوديوم، ثيبيدرات تريسفات الديسمونيوم، سلفات البروتامين،  
هيدروكسيد الصوديوم، حمض الكلوريدريك و ماء لتخصيب  
الحقنات

  
novo nordisk®

يسرف لفظ بموجب رخصة طبوية/الأمانة II

احترم المعايير المعيارية

Respecter les dos

iniquement

مستورد وموزع  
ت - إيروفاي

21 نقطة الأوزن

20300 الدار البيضاء

© 2017

نوفونوردسبيك ش.م

نوفوالبي

DK-2880 باوسفيورد

الدنمارك

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



6 118001 121298

1-202-23-4796-8