

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 : 10531

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HOR ABDELLAHIM

Date de naissance : 12.01.63

Adresse : Rue Rabat 7B cité de l'air

Nouveau

Tél. : 0661 318986

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

Age :

23 JUN. 2021

☐ 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

55.10 2805,00

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

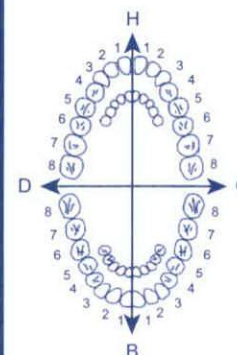
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'

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
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

[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
Total	2 905,00 DHS

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
للمحقن تحت الجلد

مصمم خصيصاً للاستعمال مع إبر نوفوفين® أو نوفوتويست®
للاستعمال الوحيد، وذات أقصى طول 8 سم.

لا تحتوي العلبة على الإبر

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

(30% من الأنسولين أسبرت المخل و 70% من الأنسولين
أسبرت ممتلور بالبر وتأمين)

غلبيسورول، فينول، ميثاكريسول، كلوريد الزنك، كلوريد

الصوديوم، ثيهيدرات ثوسفات الديسمونيوم، سولفات البروتامين،
هيدروكسيد الصوديوم، حمض الكلوريدريك و ماء لتخضير
الحقنات


novo nordisk®

احترم المبادئ المعينة
يسرف لفظ بموجب رخصة طبية/الراحة II

Respecter les dos

iniquement

مستورد ومو
ست - بروفان

21 نقطة الاود =

20300 الدار خصاء

© 2017

نوفونوردسك ش

نوفوآلي

DK-2880 باوسفورد

الدنمارك

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



6 118001 121298

1-022-32-4796-8

100 وحدة/ ملل

معلق للحقن في قلم معبأ مسبقاً
أنسولين أسبرت
للمحقن تحت الجلد

مصمم خصيصاً للاستعمال مع إبر نوفوفين® أو نوفوتويست®
للاستعمال الوحيد، وذات أقصى طول 8 سم.

لا تحتوي العلبة على الإبر

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

(30% من الأنسولين أسبرت المخل و 70% من الأنسولين
أسبرت ممتلور بالبروتامين)

غلبيسورول، فينول، ميثاكريسول، كلوريد الزنك، كلوريد

الصوديوم، ثيبيدرات، ثوسفاط الديكسوديوم، سولفات البروتامين،
هيدروكسيد الصوديوم، حمض الكلوريدريك و ماء لتخضير
الحقنات


novo nordisk®

احترم المبادئ المعينة
يسرف لفظ بموجب رخصة طبية/الراحة II

Respecter les dos
iniquement

ست - بروفان

مستورد ومو

21 نقطة الاود =

20300 الدار - خصاء

© 2017

نوفونورد فيسك ش

نوفوآلي

DK-2880 باوسفورد

الدنمارك

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



6 118001 121298

1-022-32-4796-8

100 وحدة/ ملل

معلق للحقن في قلم معبأ مسبقاً
أنسولين أسبرت
للمحقن تحت الجلد

مصمم خصيصاً للاستعمال مع إبر نوفوفين® أو نوفوتويست®
للاستعمال الوحيد، وذات أقصى طول 8 سم.

لا تحتوي العلبة على الإبر

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

(30% من الأنسولين أسبرت المخل و 70% من الأنسولين
أسبرت ممتلور بالبروتامين)

غلبيسورول، فينول، ميثاكريسول، كلوريد الزنك، كلوريد

الصوديوم، ثيبيدرات، ثوسفاط الديكسوديوم، سولفات البروتامين،
هيدروكسيد الصوديوم، حمض الكلوريدريك و ماء لتخضير
الحقنات


novo nordisk®

احترم المبادئ المعينة
يسرف لفظ بموجب رخصة طبية/الراحة II

Respecter les dos
iniquement

ست - بروفان

مستورد ومو

21 نقطة الاود =

20300 الدار - خصاء

© 2017

نوفونورد فيسك ش

نوفوآلي

DK-2880 باوسفورد

الدنمارك

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



6 118001 121298

1-022-32-4796-8

100 وحدة/ ملل

معلق للحقن في قلم معبأ مسبقاً
أنسولين أسبرت
للمحقن تحت الجلد

مصمم خصيصاً للاستعمال مع إبر نوفوفين® أو نوفوتويست®
للاستعمال الوحيد، وذات أقصى طول 8 سم.

لا تحتوي العلبة على الإبر

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

(30% من الأنسولين أسبرت المخل و 70% من الأنسولين
أسبرت ممتلور بالبر وتأمين)
غلبيسورول، فينول، ميتاكريسول، كلوريد الزنك، كلوريد
الصوديوم، ثيهيندرات، ثوسفاط الديسمونيوم، سولفات البروتامين،
هيدروكسيد الصوديوم، حمض الكلوريدريك و ماء لتخفيف
الحقنات


novo nordisk®

احترم المبادئ المعينة
يسرف لفظ بموجب رخصة طبية/الراحة II

Respecter les dos
iniquement

ست - بروفان

مستورد ومو

21 نقطة الاود =

20300 الدار - خصاء

© 2017

نوفونوردسك ش.م

نوفوآلي

DK-2880 باوسفورد

الدنمارك

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



6 118001 121298

1-022-32-4796-8