

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.

Diagnostique 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 ALP :

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

La 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
Tél : 05 22 22 78 18 - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M20- 0009618 2723

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2723 Société : RAM 62525

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOSTAFA Bourhil

Date de naissance : 08/08/55

Adresse : Hay EL Waha N°15, IMB20

Tél. : 0662 600953 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/01/

Nom et prénom du malade : SAMAA Bourhil

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Dégénérescence

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 : 02/03/2021

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
Pharmacie RAHMANI Dr. FILALI HAM Lot. Rahmani - Casablanca Tél. 05 22 72 80 00	22/07/2011	581,00 DH

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

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



DR FILALI ILHAM
ICE 001967112000035

R.C :297116 Patente:33035628
T.V.A :48435628 C.N.S.S:7677026
Banque:
Tél :TEL : 05 22 72 89 88

Le 22/01/2021

FACTURE N°460132

BOURHIL SANAA

Désignation	Quantité	PPM	Total
NOVOMIX 30 FLEXPEN BT 5 STYLO	1	581,00	581,00
Pharmacie RAHMANI DR FILALI ILHAM Lot. Rahmani Rue 14 N° 76 Sidi Moumen - Casablanca Tél: 05 22 72 89 88			
Total =			581,00

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

100 وحدة/ملل

معلق للحقن في قلم معيا مسبقا
انسولين أسبرت
للحقن تحت الجلد

مهمم خصيصا للاستعمال مع ابر نوفوقين® أو نوفوتريست®
للاستعمال الوحيد، ذات أقصى طول 8 مم.

لا تحتوي العبوة على الإبر
1 ملل من المعلق يحتوي على 100 وحدة (3.5 ملغ) من انسولين
أسبرت (ADNR)،
(30% من الانسولين أسبرت المصل و 70% من الانسولين
أسبرت ممتلور بالير وتامين)
غليسيرول، فينول، ميتاكريسول، كلوريد الزنك، كلوريد
الصوديوم، ديبيلرات فوسفات الديسوديوم، سلفات البير وتامين،
هيدروكسيد الصوديوم، حمض الكرونيك و ماء لتحضير
الحقنات

Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance/Liste II

يسرف القلم بوجبة واحدة/يوم

احذرم المقاتير المحبنة



مستورد وموزع من طرف لايفرولان

21 نقطة الأوباية

20300 الدار البيضاء

© 2017

نوفونورديسك ش / م

نوفو الي

DK-2880 باولسليرد

الدنمارك

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



6 118001 121298

1-002-52-7296-8