

# 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.

## Biologie 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.

## Education :

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.

## Prothésiste :

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

éclamation : contact@mupras.com

rise 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10551 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABDRAHAIM EL HOR

Date de naissance : 01/12/01/1981

Adresse : IFAY ALLA MALLIKA BARATHID

Tél. : 0661318976 Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

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) : .....



## 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
<i>Le 6.9.11</i>	24.6.91	AFU 3 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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### 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.

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

# pharmacie CHAWKI

EL AMARI AHMED CHAWKI

0522532756

43 ,LOTISSEMENT MAKHLOUF 2 ,26200 DEROUA, DEROUA



Facture N° 20210624-813

Date de vente : 24/06/2021  
Médecin traitant :

EL HOUR ABDERRAHIM

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
NOVOMIX 30 IN FLEXPEN B5 INJECTABLES	3	581,00	Exonéré (0.00%)	1 743,00

Total HT	1 743,00 DHS
TVA	0 DHS
<b>Total</b>	<b>1 743,00 DHS</b>

Arrêté la présente facture à la somme de : mille sept cent quarante-trois DHS

IF : 93100135 RC : 6690 ICE : 001582475000026

Tel : 0522532756

Adresse : 43 ,LOTISSEMENT MAKHLOUF 2 ,26200 DEROUA, DEROUA

5x3ml

## نوفوميكس® فليكسبين®

100 وحدة/ ملل

معلق للحقن في قلم معاً مسند  
لأنسولين إسبرت

للحقن تحت الجلد

مصمم خصيصاً للاستعمال مع البر نوفوفين® أو نوفوفين®،  
للاستعمال الجيد وذات القسم طول 8 سم.

لا يحتوي العلبة على إبر طول 3.5 سم (3.5 من أنسولين  
1 مل من العلاج يحتوي على 100 وحدة (3.5 مل) من أنسولين  
(ADN) (إسبرت من أنسولين إسبرت المدخل و 70% من الأنسولين  
(إسبرت من إنسولين إسبرت تاميل)،  
غلسيرون، فينول، إسبرت، كلوريد الزنك، كلوريد  
الصوديوم، فينول، إسبرت، المتصوّر بيسول، المتصوّر بيسول،  
هيدروكسيد المغد榔يوم، حمض الكلوريد بيسول، و ماء التحضير

احترم المعايير المسمية  
صيغة بسيطة وسهلة الاستعمال II  
صيغة بسيطة وسهلة الاستعمال II  
Respecter les doses prescrites  
Iniquement sur ordonnance/liste II

مستورد و موزع من طرف لابروولان  
21 الدار البيضاء  
© 2017  
نوفوفين DK-2880  
العنوان DK بايسبريد

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



6 118001 121298

لحمايته من أشعة الضوء ، يحفظ الغطاء الواقي فوق القلم.  
يحفظ خلال الاستعمال: لمدة 4 أسابيع، خارج الثلاجة و في  
درجة حرارة لا تتجاوز 30° م

يحفظ بعيداً عن متناول و رؤية الأطفال  
اقرأ المنشور المرافق قبل الاستعمال  
إعادة التعليق طبق المنشورات  
نوفوميكس® 30 فليكسبين® مخصص للاستعمال  
الشخصي للمرضى  
يحفظ في الثلاجة (بين 2° م و 8° م)  
لا يجمد

## نوفوميكس® فليكسبين®

100 وحدة/ ملل

100 U/ml  
Suspension injectable en stylo  
pré-rempli  
Insuline asparte  
Voie sous-cutanée

Conçu pour être utilisé avec  
les aiguilles NovoFine® ou  
NovoTwist® à usage unique  
d'une longueur maximale de  
8 mm.  
Les aiguilles ne sont pas  
incluses

1 ml de suspension contient  
100 U (3.5 mg) d'insuline  
asparte (ADN) (dont 30%  
d'insuline asparte soluble et  
70% d'insuline asparte  
cristallisée avec de la  
protamine), glycérol, phénol,  
méthacryol, chlorure de zinc,  
chlorure de sodium,  
phosphate disodique,  
dihydraté, sulfate de  
protamine, hydroxyde de  
sodium,  
acide chlorhydrique  
et eau pour préparations  
injectables.

NovoMix® 30  
FlexPen®

AMM N°: 38DMP21/NCF

NovoMix® 30  
FlexPen®

100 U/ml



الصين / الصالحة / المصداق

03/2020  
02/2022  
KT6W644

5x3 ml

## NovoMix® 30 FlexPen®

100 U/ml

Suspension injectable en stylo  
pré-rempli  
Insuline asparte

3x5

30 <sup>®</sup>  
بِعْرَقِ مِيكِلْس  
فَلِيکِسْبِیْن <sup>®</sup>

فَلَكَ

ملا 100 وحدة /

الله عاصي  
الله عاصي  
الله عاصي

## Respecter les doses prescrites

الدبلومي للدبلومي 20300 2121 زرقة الاودية مستشارية الادارة 17-11-2017 ش ١ نورونورنيك DK-2880 بوسفوري الدبلومي

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

8-9674-73  
  
6 118001 121298

تحميمه من أشعة الضوء ، يحفظ الغطاء الواقي فوق القلم.  
يحفظ خلال الاستعمال: لمدة 4 أسابيع، خارج الثلاجة وفي درجة حرارة لا تتجاوز 30° م

حفظ بعدها عن متناوله و رؤية الأطفال  
قرأ المنشور المرافق قبل الاستعمال  
عادة التعقيم طبقاً للتلبيبات  
لوفوموكس 30 فليكسين® مخصص لـ  
الشخص المريض  
الحفظ في الثلاجة (بين 2 °م و 8 °م)  
لا يحمد

100 U/ml  
Suspension injectable en stylet  
pré-rempli  
Insuline asparte  
Voie sous-cutanée

Conçu pour être utilisé avec les aiguilles NovoFine® ou NovoTwist® à usage unique d'une longueur maximale de 8 mm.

1 ml de suspension contient  
100 U (3,5 mg) d'insuline  
asparte (ADN) (dont 30%  
d'insuline asparte soluble et  
70% d'insuline asparte  
cristallisée avec de la  
protamine), glycérol, phénol,  
métacresol, chlorure de zinc,  
chlorure de sodium,  
phosphate disodique  
dihydrate, sulfate de  
protamine, hydroxyde de  
sodium,  
acide chlorhydrique  
et eau pour préparations  
injectables.

AMM N°: 38DMP/21/NCF

## NovoMix® 30 FlexPen®

نوفوميكس®  
فليكسبين®

100 وحدة/ مل

novo nordisk®

NovoMix® 30  
FlexPen®

الصنع / الصالحيه / الحمه: Lot: /Pér. /Fab.

03/2020  
02/2022  
KT6W644

