

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.

Educational :

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.

Prothèse :

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'Horizon
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M21- 0060413

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10551 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ABRAHAM EL HOR

Date de naissance : 12/01/1989

Adresse : HAY LALLAMALIKA BARCHID

Tél. : 06 61 31 89 76 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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

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 :

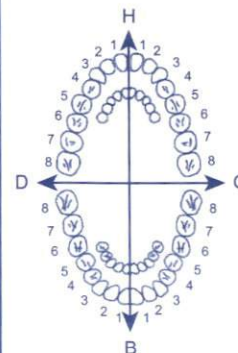
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'occlusion.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

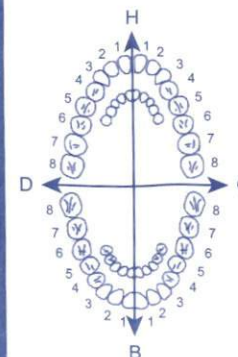
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
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

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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
Total	1 743,00 DHS

**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

3x5 مل

نوفوميكس® 30 فليكسين®

100 وحدة/مل

معلق للحقن في قلم معيا مسبقا
أنسولين أسبرت
للحقن تحت الجلد

مصمم خصيصا للاستعمال مع إبر نوفوفير® أو نوفوتويست®
للاستعمال الوجدانيات القسي طول 8 سم.

لا تحتوي العبوة على الإبر

1 مل من المعلق يحتوي على 100 وحدة (3.5 مل) من أنسولين

أسبرت (ADN)

30% من الأنسولين أسبرت المنحل و 70% من الأنسولين

أسبرت ممتلوريلالوتاتلين

عائليو ول، فيول، ميكلر يسول، كلوريد الزنك، كلوريد

المونيوم، ديهيدرات فوسفات النضموثيو، سوماتات البروتامين،

هيدروكلويد الصوديوم، حمض الكلوريدريك و ماء للحصير

الحقائق

احترم العطور المسجلة
Respecter les doses prescrites
Uniquement sur ordonnance/Liste II



مستورد وموزع من طرف الجوهاني
21 زبقة الأوبانية
20300 الدار البيضاء
© 2017
نوفوميكس ش.م
نوفوإلي
DK-2880 بولسفيرد
الشمرك

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

1-0-10-272-52-7-96-8



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 بعيدا عن متناول و رؤية الأطفال
اقرأ المنشور المرافق قبل الاستعمال
إعادة التعليق طبقا للتعليمات
نوفوميكس® 30 فليكسين® مخصص للاستعمال
الشخصي للمريض
يحفظ في الثلاجة (بين 2°م و 8°م)
لا يجمد

نوفوميكس® 30 فليكسين®

100 وحدة/مل

5 x 3 ml

NovoMix® 30 FlexPen®

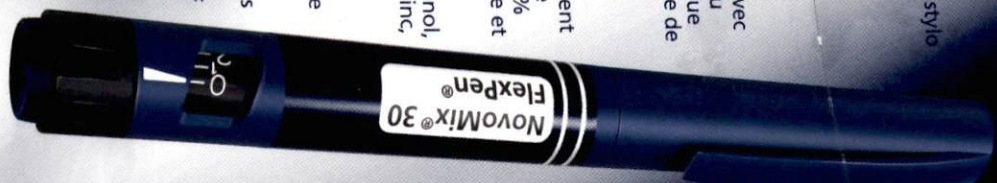
100 U/ml

Suspension injectable en stylo
pré-rempli
Insuline aspartate
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
aspartate (ADN) (dont 30%
d'insuline aspartate soluble et
70% d'insuline aspartate
cristallisée avec de la
protamine), glycérol, phénol,
métacrésol, chlorure de zinc,
chlorure de sodium,
phosphate disodique
dihydraté, sulfate de
protamine, hydroxyde de
sodium,
acide chlorhydrique
et eau pour préparations
injectables.
AMM N°: 38DMP/21/NCF



NovoMix® 30
FlexPen®

100 U/ml

03/2020
02/2022
KT6W644

Fab. / Pér. / Lot: الصلاحية: الحصة: المصنع

3x5 مل

نوفوميكس® 30 فليكسين®

100 وحدة/مل

معلق للحقن في قلم معبأ مسبقاً
أنسولين أسبرت
للحقن تحت الجلد

مصمم خصيصاً للاستعمال مع إبر نوفوفين® أو نوفوتويست®
للاستعمال الوجدانيات القسي طول 8 سم.

لا تحتوي العبوة على الإبر

1 مل من المعلق يحتوي على 100 وحدة (3.5 ملغ) من أنسولين

أسبرت (ADN).

30% من الأنسولين أسبرت المنحل و 70% من الأنسولين

أسبرت ممتلوريلالوتاتلينز

عائليو ول، فيو ل، ميكلر يسول، كلوريد الزنك، كلوريد

المونيوم، ديهيدرات فوسفات البوتاسيوم، سوماتات البروتين،

هيدروكلوريد الصوديوم، حمض الكلوريدريك و ماء للحفظ

الحفظ

احترم المقتضى المحلية
Respecter les doses prescrites
Uniquement sur ordonnance/Liste II



مستورد وعوزج من طرف الجوهاني
21 زبقة الأودية
20300 الدار البيضاء

© 2017

نوفوميكس ش.م

نوفوميكس ش.م

نوفوميكس ش.م

التمريك

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



1-010-270-52-7/66-8

نوفوميكس® 30 فليكسين®

100 وحدة/مل

يحفظ بعيداً عن متناول و رؤية الأطفال
اقرأ المنشور المرافق قبل الاستعمال
إعادة التعليق طبقاً للتعليمات
نوفوميكس® 30 فليكسين® مخصص للاستعمال
الشخصي للمريض
يحفظ في الثلاجة (بين 2° و 8° م)
لا يجمد

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

NovoMix® 30 FlexPen®

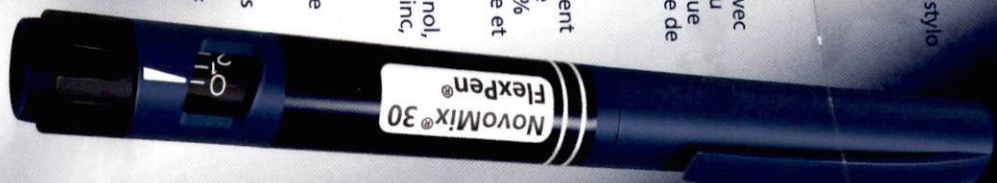
100 U/ml

Suspension injectable en stylo
pré-rempli
Insuline aspartate
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
aspartate (ADN) (dont 30%
d'insuline aspartate soluble et
70% d'insuline aspartate
cristallisée avec de la
protamine), glycérol, phénol,
métacrésol, chlorure de zinc,
chlorure de sodium,
phosphate disodique
dihydraté, sulfate de
protamine, hydroxyde de
sodium,
acide chlorhydrique
et eau pour préparations
injectables.
AMM N°: 38DMP/21/NCF



NovoMix® 30
FlexPen®

100 U/ml

03/2020
02/2022
KT6W644

Fab. / Pér. / Lot: الصلاحية: الحصة: المصنع

3x5 مل

نوفوميكس® 30 فليكسين®

100 وحدة/مل

معلق للحقن في قلم معبأ مسبقاً
أنسولين أسبرت
للحقن تحت الجلد

مصمم خصيصاً للاستعمال مع إبر نوفوفير® أو نوفوتويست®
للاستعمال الوجيه وذات القسي طول 8 مم.

لا تحتوي العبوة على الإبر

1 مل من المعلق يحتوي على 100 وحدة (3.5 ملغ) من أنسولين

أسبرت (ADN).

30% من الأنسولين أسبرت المنحل و 70% من الأنسولين

أسبرت متبلور بالبروتينات (ADN).

غليسيرول، فينول، ميثانول، كلوريد الزنك، كلوريد

المصنوع، تبييضات فوسفات النضج، سوماتات البروتينات،

هيدروكسيد الصوديوم، حمض الكلوريدريك و ماء للحفظ

الحفظ

احترم المقتضى المحلية
Respecter les doses prescrites
Uniquement sur ordonnance/Liste II



مستورد وموزع من طرف الجوهان
21 زقة الأداة
20300 الدار البيضاء
© 2017
نوفوميكس ش.م
نوفوإي
DK-2880 بولسفيرد
الدنمارك

NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 581 DH
6 118001 121298

نوفوميكس® 30 فليكسين®

100 وحدة/مل

يحفظ بعيداً عن متناول و رؤية الأطفال
اقرأ المنشور المرافق قبل الاستعمال
إعادة التعليق طبقاً للتعليمات
نوفوميكس® 30 فليكسين® مخصص للاستعمال
الشخصي للمريض
يحفظ في الثلاجة (بين 2° و 8° م)
لا يجمد

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

NovoMix® 30 FlexPen®

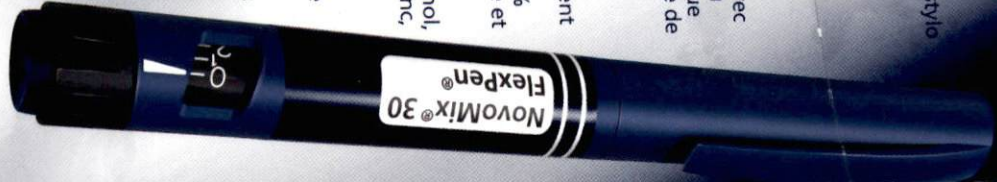
100 U/ml

Suspension injectable en stylo
pré-rempli
Insuline aspartate
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
aspartate (ADN) (dont 30%
d'insuline aspartate soluble et
70% d'insuline aspartate
cristallisée avec de la
protamine), glycérol, phénol,
métacrésol, chlorure de zinc,
chlorure de sodium,
phosphate disodique
dihydraté, sulfate de
protamine, hydroxyde de
sodium,
acide chlorhydrique
et eau pour préparations
injectables.
AMM N°: 38DMP/21/NCF



NovoMix® 30
FlexPen®
100 U/ml

03/2020
02/2022
KT6W644

Fab. / Pér. / Lot: الصلاحية: الحصة: المصنع