

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

N° M21- 0060412

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10551

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ABDRAHIM EL HUR

Date de naissance : 12.10.1969

Adresse : HAY LLALLA MALIKA BARC HIO

Tél. : 06-61-31.74.76

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 :

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

17.8.97

111.800

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 :

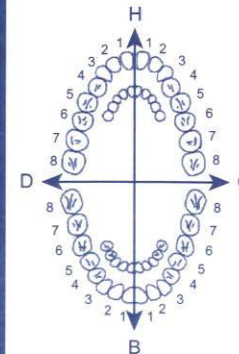
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l

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

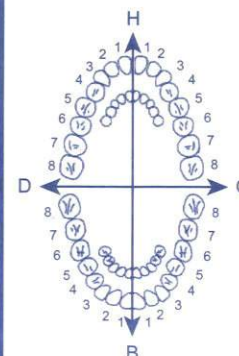
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA 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° 20210816-178

Date de vente : 17/08/2021
Médecin traitant :

EL HOUR ABDERRAHIM

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
NOVOMIX 30 IN FLEXPEN B5 INJECTABLES	2	559,00	Exonéré (0.00%)	1 118,00

Total HT	1 118,00 DHS
TVA	0 DHS
Total	1 118,00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : mille cent dix-huit DHS

PHARMACIE CHAWKI
DR A CHAWKI EL AMARI
43 Lot Makhlouf 2, 26200 Derooua
Tel : 0522532756

IF : 93100135 RC : 6690 ICE : 001582475000026

Tel : 0522532756

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

100 وحدة/ ملل

معلق للحقن في قلم معبأ مسبقاً
أنسولين أسبرت
للحقن تحت الجلد

مصمم خصيصاً للاستعمال مع ابر نوفوفين® أو نوفوتويست®
للاستعمال الوحيد، وذات أقصى طول 8 مم.
لا تحتوي العبوة على الإبر

1 ملل من المعلق يحتوي على 100 وحدة (3.5 ملغ) من أنسولين
أسبرت (ADNr)،

(30% من الأنسولين أسبرت المنحل و 70% من الأنسولين
أسبرت متبلور بالبروتامين)

غليسيرول، فينول، ميتاكريسول، كلوريد الزنك، كلوريد
الصوديوم، ديهيدرات فوسفات الديسوديوم، سلفات البروتامين،
هيدروكسيد الصوديوم، حمض الكلوريدريك و ماء لتحضير
الحقنات

احترم المقادير المعينة Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance/Liste II بصرف فقط بموجب وصفة طبية/لائحة II



مستورد وموزع من طرف لابروفان
21 زنقة الأدوية
20300 الدار البيضاء

© 2017

نوفونورديسك ش / م
نوفوالي

DK-2880 هاوسفيرد
الدنمارك

-- LAPROPHAN --

PPV : 559DH00



8-9674-73-270-1

100 وحدة/ ملل

معلق للحقن في قلم معبأ مسبقاً
أنسولين أسبرت
للحقن تحت الجلد

مصمم خصيصاً للاستعمال مع ابر نوفوفين® أو نوفوتويست®
للاستعمال الوحيد، وذات أقصى طول 8 مم.
لا تحتوي العبوة على الإبر

1 ملل من المعلق يحتوي على 100 وحدة (3.5 ملغ) من أنسولين أسبرت (ADNr)،
(30% من الأنسولين أسبرت المنحل و 70% من الأنسولين أسبرت متبلور بالبروتامين)
غليسيرول، فينول، ميتاكريسول، كلوريد الزنك، كلوريد الصوديوم، ديهيدرات فوسفات الديسوديوم، سلفات البروتامين، هيدروكسيد الصوديوم، حمض الكلوريدريك و ماء لتحضير الحقنات

احترم المقادير المعينة Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance/Liste II بصرف فقط بموجب وصفة طبية/لائحة II



مستورد وموزع من طرف لابروفان
21 زنقة الأدوية
20300 الدار البيضاء

© 2017
نوفونورديسك ش / م
نوفوالي
DK-2880 هاوسكيرد
الدنمارك

-- LAPROPHAN --
PPV : 559DH00



8-9674-73-270-1