

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

éducation :

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 canalaire, 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 canalaire.

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



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10531

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABDRATHIM EL HJR

Date de naissance : 12.1.1969

Adresse : HAY LLALLA MALIKA BARCHID

Tél. : 06.61.31.79.71

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 causés 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) :



8

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
	17.8.29	111,8,00

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.

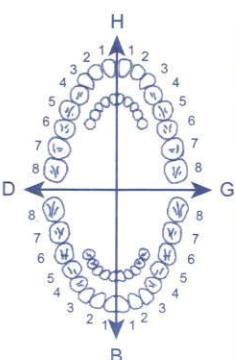
Important :

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



[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

Coefficient des travaux

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
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
DRA CHAWKI 26200 DEROUA
IF : 93100135 RC : 6690 ICE : 00158247500026
Tel : 0522532756
Adresse : 43 ,LOTISSEMENT MAKHLOUF 2 ,26200 DEROUA, DEROUA

IF : 93100135 RC : 6690 ICE : 00158247500026

Tel : 0522532756

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

100 وحدة / مل

معلق للحقن في قلم معيناً مسبقاً
أنسولين أسيرت
للحقن تحت الجلد

مصمم خصيصاً للاستعمال مع إبر نوفوفين® أو نوفوتويست®
للاستعمال الوحيد، ذات أقصى طول 8 مم.

لا تحتوي العلبة على إلا إبر

1 مل من المعلق يحتوي على 100 وحدة (3.5 ملخ) من أنسولين
أسيرت (ADNr)،

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

غليسيرول، فينول، ميتاكريسول، كلوريد الزنك، كلوريد
الصوديوم، ديهيدرات فوسفات الديصوديوم، سولفات البروتامين،
هيدروكسيد الصوديوم، حمض الكلوريديك و ماء لتحضير
الحقنات



احترم المقادير المعينة Respecter les doses prescrites

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

مستورد وموزع من طرف لاپروفان
زنقة الأدوية 21
20300 الدار البيضاء

© 2017

نوفونورديسك ش / م

نوفوالي

DK-2880 باومغارث

الدنمارك

-- LAPROPHAN --
PPV : 559DH00

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



8-9674-73-270-1

100 وحدة / مل

معلق للحقن في قلم معيناً مسبقاً
أنسولين أسيرت
للحقن تحت الجلد

مصمم خصيصاً للاستعمال مع إبر نوفوفين® أو نوفوتويست®
للاستعمال الوحيد، ذات أقصى طول 8 مم.

لا تحتوي العلبة على إلا إبر

1 مل من المعلق يحتوي على 100 وحدة (3.5 ملخ) من أنسولين
أسيرت (ADNr)،

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

غليسيرول، فينول، ميتاكريسول، كلوريد الزنك، كلوريد
الصوديوم، ديهيدرات فوسفات الديصوديوم، سولفات البروتامين،
هيدروكسيد الصوديوم، حمض الكلوريديك و ماء لتحضير
الحقنات



احترم المقادير المعينة Respecter les doses prescrites

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

مستورد وموزع من طرف لاپروفان
زنقة الأدوية 21
20300 الدار البيضاء

© 2017

نوفونورديسك ش / م

نوفوالي

DK-2880 باومغارث

الدنمارك

-- LAPROPHAN --
PPV : 559DH00

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



8-9674-73-270-1