

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 064291

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7617 Société : A04938

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Zineb BOULBAROUD
Endocrinologue
Diabétologue Nutritionniste

Date de consultation : 23/11/2024

Nom et prénom du malade : Helmi, Leila Age:

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

Nature de la maladie : Diabète - ALC

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 : 23/11/2024

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

23/11/2022

5

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

23/11/2022

829, 0

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

AM

PC

IM

IV

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

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

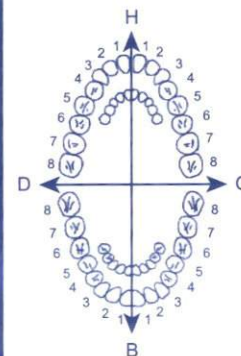
Coefficient

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)

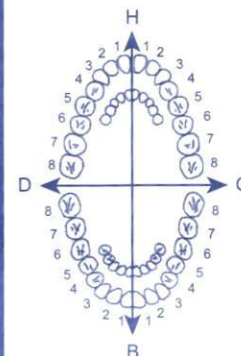
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le 23 / 11 / 2004.

Mr Hemi Leila

559100
1)

Nouveau 30. Flexper

TAM
S.V

30 ci le net

Asur de voir

27000
2)

Angilly microfin Ne 6

TAM
S.P

TAM
S.V

829,00

Pharmacie TAM
 Dr. Bennam Jaafar
 302, Bd Oued Sebou - Ouita
 CASABLANCA
 Tél.: 0522 90 18 99

Dr. Zineb BOULBAROU
 Endocrinologue Diabétologue
 Nutritionniste
 Tél.: 0522 71 77 00 / 06 68 17 51 41

Angle boulevard Nador et Atlantide, quartier POLO - Casablanca

Tél.: 0522 79 33 00 / 0522 21 80 31 - Fax : 0522 21 32 95

E-mail : avicenne.clinic1@gmail.com

نوفوميكس فليكسبين®

10 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 مثبّلور بالبروتامين)
غليسيرول، فينول، ميتاكريسول، كلوريد الزنك، كلوريد
الصوديوم، ديهيدرات فوسفات الديسوديوم، سولفات البروتامين،
هيدروكسيد الصوديوم، حمض الكلوريدريك و ماء لتحضير
الحقنات

Respecter les doses prescrites احترام المقتاير المعينة
Uniquement sur ordonnance/Liste II يصرف فقط بموجب وصفة طبية/اللائحة II



مستورد وموزع من طرف لابروفان
21 زنقة الأوداية
20300 الدار البيضاء
© 2017
نوفونورديسك ش / م
نوفوالي
DK-2880 هاوسفيرد
الدنمارك

-- LAPROPHAN --

PPV : 559DH00

NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml

Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml



6118001121298

8-9674-73-270-1

VeriFine[®]

PEN NEEDLES



New **SuperStick**
technology for
pain-free injection



31Gx6mm



Casablanca, le 23/11/2014

Compte rendu de l'entretien

Je soussigné

Dr. Zineb BOULBAROU
Endocrinologue Diabétologue
Nutritionniste
Tél.: 05 22 71 77 80 / 06 68 17 51 41

atteste que mon client, âgé de 43 ans; diabétique, hypertendu.
présente un AVC. Son bilan
d'équilibre glycémique montre avec
HbA1c à 13,47 %. Récentel mise
sous insuline : Novomix 30 (30-0-15).

Dr. Zineb BOULBAROU
Endocrinologue Diabétologue
Nutritionniste
Tél.: 05 22 71 77 80 / 06 68 17 51 41