

# 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.

**Optique :**  
L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de séances.

Le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est à joindre à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

C'est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Validité Durée ALD et ALC :

La validité de la facture doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

: contact@mupras.com  
: pec@mupras.com  
: adhesion@mupras.com

Le respect de la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données

TESTANT L'EXECUTION

M23-014175

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1786 Société : 170454

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

BAHLOURI Khawla

Date de naissance :

Adresse : 4 Rue Mohamed El HAYANI France Ville 2

CASABLANCA

Tél. : 0662014292 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

Conjointe

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....



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 : CHAM

Le : 31/07/2023

Signature de l'adhérent(e) : H.F.

### 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
	31/07/23	5009,10 INPE:092035401

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

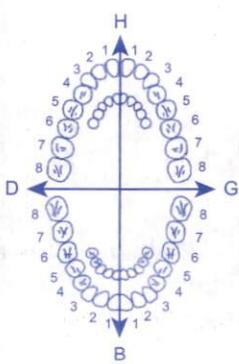
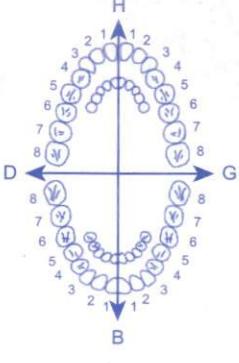
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433552	MONTANTS DES SOINS
D	00000000	00000000		
B	00000000	00000000		
G	35533411	11433553		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				DATE DU DEVIS
DATE DE L'EXECUTION				
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN AT

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN AT

CASABLANCA Le 31/07/23

Facture N° 32

Mme BAHLOURI  
KHADIJA

Quantité	designation	Prix	Montant
01	Nova Rapid flexen	571,00	571,00
05	Tardiance 10 mg cp	479,00	2395,00
10	On Call Extra 30 Unité	196,00	1960,00
03	CardioAspirine 100mg/30cp	27,70	83,10
<u>7</u>		<u>TOTAL = 5009,10</u>	

Acceptée la Présente Facture

à la Somme de

Cinq Mille Neuf Dirhams

et 10cts





# **Novorapid®**

100 U/ml

ممل 3x5

## **نو فورايد فلوكسيدين®**

100 وحدة / مل

محلول للحقن في قلم معينا مسبقا  
للتوصيل اسبرت،  
للحقن تحت الجلد ولل الحقن الوريدي  
مسخدم خصيصا للاستعمال مع ابر نوفوبيست® او نوفوبيست® للاستعمال  
الوحيد، وذات اقصى طول 8 سم

لا تحتوي العلبة على الإبر  
1 مل من المحلول يحتوي على 100 وحدة (3.5 ملخ) من أنسولين اسبرت،  
غليسيرول، فينيل، ميتكريپول، كلوريد الزنك، تيوديرن اتس فونفاط الديسوديوم،  
كلوريد الصوديوم، حمض الكلوربيريك/اهيدروكسيد الصوديوم (التعديل pH) و ماء  
التحضير العقاقير

**Respecter les doses prescrites**

Uniquement sur  
ordonnance>Liste II

احترم العادات المعمنة

بصرف فقط ب摩وجب وصلدة

طبية/إحتجاج ||

مستورد وموزع من طرف لا بروفلان

21 زنقة الاودية  
2120300 الدار البيضاء

© 2018

نوفورايد DK-2880  
باوسفريد ، الدنمارك

NovoRapid® FlexPen®  
100 U/ml  
Solution injectable  
5 stylos pré-remplis de 3 ml  
PPV : 571,00 DHS



8-9670-73-270-2

**novonordisk®**



**REMBOURSÉ**  
par la  
**MUTUELLE**

**196.00**

**50**

**On-Call®  
Extra**  
Blood Glucose Test Strips

**REMBOURSÉ**  
par la  
**MUTUELLE**

**196.00**

**On-Call®  
Extra**  
Blood Glucose Test Strips

**REMBOURSÉ**  
par la  
**MUTUELLE**

**196.00**

**On-Call®  
Extra**  
Blood Glucose Test Strips

**REMBOURSÉ**  
par la  
**MUTUELLE**

**196.00**

**English**  
Blood Glucose Test Strips  
For testing glucose in whole blood using the  
*On Call® Extra* family of Blood Glucose  
meters.  
For self testing and professional use.  
Only for use outside the body.  
Contents:  
• 50 Test Strips  
• Package Insert

**Français**  
Bandlettes pour test de glycémie  
Pour l'analyse de glucose dans le sang total  
à l'aide de la famille de Glycomètres *On  
Call® Extra*.  
A usage individuel et professionnel.  
Uniquement pour usage en dehors du corps.  
Contenu:  
• 50 Bandlettes  
• Mode d'Emploi

**Rусский**  
Тест-полоски  
Для измерения  
глюкозы в цельной  
крови с использованием  
глюкометров семейства *On Call® Extra*.  
Для самодиагностики и профессионального  
использования.  
Только для из-  
у滩овка со с-  
тавом:  
• 50 Тест-полоски  
• Инструкция по  
использованию

**Arabic**  
أشرطة الفحص  
لاختبار نسبة السكر في الدم بالكلوكوز مجموعه  
*On Call® Extra*  
لمراقبة السكر في الدم، الفحص الذاتي والتجهيز  
لل باستخدام الفحص في المختبر  
المحتويات:  
• 50 أشرطة الفحص  
• شرطه العزف

**On-Call®  
Extra**  
Blood Glucose Test Strips

**196.00**

**50**



كارديوأسبرين 100 مع

حمض أسيتيل ساليسيليك

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

6 118001 090280



كارديوأسبرين 100 مع

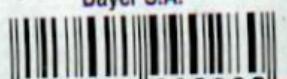
حمض أسيتيل ساليسيليك

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

6 118001 090280



كارديوأسبرين 100 مع

حمض أسيتيل ساليسيليك

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

6 118001 090280

30 قرص لا يتأثر بمحضنة المعدة

