

# 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.

## 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 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8723 Société : RAM 35352

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Bourhi L. M. a s T a F a

Date de naissance : 08/08/55

Adresse : Hay EL WALAA IMBALA N° 15

Tél. : 0662 622853 Total des frais engagés : 581,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 03 AOUT 2020 ACCUEIL

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : S A M A Z A Bourhi L. Age : 18 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Dyslipidémie

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 : 18.08.20 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : R

#### **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
<p>Pharmacie RAHMANI Dr. FILALI HAM Lot. Rahmani Rte 14 N° 76 Sidi Moumen - Casablanca Tél : 05 22 72 89 88</p> 	18/07/2020	581,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## **DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **(Création, remont, adjonction)**

The diagram illustrates the H-B-D-H system. It features two hydrogen atoms (H) at the top and bottom vertices of a square. A central boron atom (B) is positioned at the center of the square. Two deuterium atoms (D) are located at the midpoints of the vertical edges. The four vertices of the square are occupied by hydrogen atoms. Bond angles are indicated: 109° at the B atom and 104° at each D atom. The labels 1 through 8 identify specific atoms or points along the bonds.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISÉ ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Pharmacie Rahmani

Dr. ILMAM FERHI

Dr. FILALI ILHAM

Lot. Rahmani Rue 14 N° 76

Sidi Moumen - Casablanca

Tél.: 05 22 72 89 88



صيدلية رحماني

الدكتورة إلهام فوحي



FACTURE N°: 11/20

Casablanca le : 18/07/2020

Client : BOUVRHIL SANAA

Quantité	Nom du Medicament	P.U.	Montant
01	Novomix injectable	581,00	
Arrêtez la pilule facturée à la somme de :			
Cinq Cent quatre vingt et un Dhs			

زنقة 14 رقم 76 تجزئة رحماني سيدى مومن - الدار البيضاء - الهاتف : 022 728 988

Rue 14 N° 76 Lotissement Rahmani Sidi Moumen Casablanca Tél : 022 728 988

5 مل مل 3 ×

# نوفوميكس® 30 فليكسبين®

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 الإبر

1 مل من المعلق يحتوي على 100 وحدة (3.5 مل) من أنسولين  
أسيرت (ADNr)،  
30% من الأنسولين أسيرت المنحل و 70% من الأنسولين  
أسيرت متبلور بالبروتامين)

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

احترم المقادير المعينة Respecter les doses prescrites

يصرف فقط بموجب وصفة طبية/لائحة || Uniquement sur ordonnance/Liste II



مستورد وموزع من طرف لا بروفان  
زنقة الأوداية 21  
20300 الدار البيضاء

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

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



8-9674-73-270-1