

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

4783

Autres

2723

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MOSTAFA & BOURHIL

Date de naissance :

08/08/55

Adresse :

HAY EL WALID 3MB 20 N°15

Tél. :

06 62 61 08 53

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

SANAA

Age: 18 an

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

dayadete

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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
Pharmacie ZAFARAH Dr. F. ALILHAN Lot. Rahmani Rue 14 N° 76 Sidi Moumen - Casablanca Tel: 05 22 72 89 88	22/09/2020	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	

Le praticien est prié de préciser la nature des soins

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	-
00000000	00000000
25533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE RAHMANI
LOT RAHMANI RUE 14 N 76 SIDI MOUMEN
PHARMACIE RAHMANI



DR FILALI ILHAM

R.C :297116

Patente:33035628

T.V.A :

C.N.S.S:

Banque:

Tél :0522 72 89 88

Le 22/09/2020

FACTURE N°447270

BOURHIL SANAA

Désignation	Quantité	PPM	Total
NOVOMIX 30 FLEXPEN BT 5 STYLO	1	581,00	581,00
Total =			581,00

*Arrêté la présente facture à la somme de :
Cinq Cent Quatre-vingt Un Dirhams.*

Pharmacie RAHMANI
Dr. FILALI ILHAM
Lot. Rahmani Rue 14 N° 76
Sidi Moumen - Casablanca
Tél : 0522 72 89 88

utilisé par le (e):
ni zrght

3×5 مل

نوفوميكس® 30 فلوكسيبين®

100 وحدة/ مل

معلق للحقن في قلم معباً مسبقاً
أنسولين أسيبرت
للحقن تحت الجلد

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

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

احترم المقاييس المعينة Respecter les doses prescrites

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



مستورد وموزع من طرف لا بروفان
21 زنقة الأوداية
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