

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## diologie 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.

## tique :

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.

## ntaire :

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.

## ladie 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



## Déclaration de Maladie

Nº P19- 060034

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 8723

Société : RAM

54 153

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Bourhal MOSTAFA

Date de naissance : 8/8/55

Adresse : H.O.Y. E. WALNA

Tél. : 06 62 60 08 53 Total des frais engagés ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : SANNA BOUAFIA 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 : .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

#### **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 FARMACIA Dr. M. A. H. TAYEB LICENCE N° 00000000000000000000 Sidi Kacem Tunisie Tél.: 05 24 76 88 55	23/11/2026	581,00 DH

## **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

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	COEFFICIENT DES TRAVAUX
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

**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 23/11/2020

**FACTURE N°455864**

**BOURHIL SANAA**

Désignation	Quantité	PPM	Total
NOVOMIX 30 FLEXPEN BT 5 STYLO	1	581,00	581,00
<b>Total =</b>			<b>581,00</b>

Pharmacie RAHMANI  
Dr FILALI ILHAM  
LOT RAHMANI RUE 14 N 76  
Sidi MOUMEN  
Tél: 05 22 72 89 88

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

# 100 وحدة / مل

معلق للحقن في قلم معبا مسبقا  
للرسولين اسبرت  
الحقن تحت الجلد

مصمم خصيصا للاستعمال مع ابر نوفوفرين<sup>®</sup> او نوفوروتست<sup>®</sup>  
لاستعمال الوحيد، وذات اقصى طول 8 سم.

لاحتوي العلبة على الإبر  
1 مل من المعلق يحتوي على 100 وحدة (3.5 ملخ) من أنسوليلين  
(اسبرت ADNr)، 30% من الأنسولين اسبرت المنحل و 70% من الأنسولين  
اسبرت متبلور بالبروتامين)  
غلسيزول، فينول، ميتاكريتيسول، كلوريد الزنك، كلوريد  
الصوديوم، ديهيدرات فوسفاط الديصوديوم، سويفلات البروتامين،  
هيدروكسيد الصوديوم، حمض الكلوريديك و ماء تحضير  
الحقن



novo  
nordisk<sup>®</sup>

احترم المعايير المعدية  
Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance/ Liste II

مستورد وموزع من طرف لا بروفان  
زنقة الاوداية  
21  
20300 الدار البيضاء  
© 2017  
نوفونورديسك ش / م  
نوفولي DK-2880  
الدنمارك

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



6 118001 121298