

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.

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 canaux, 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 canaux.

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0027531

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9549 Société : RA7
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ELMSIYAH KHALID
Date de naissance : 28-03-1969
Adresse :
Tél : 0661594929 Total des frais engagés : Dhs

145833

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
10/01/23	G		G	<p>Dr. MRANI ZENTAR A Radiologue Spécialiste en Radiologie Interventionnelle Cancérologie Clinique</p>

Dr. MRANI ZENTAR Alac
Radiologue Spécialiste en Radiologie
Interventionnelle Cancérologique et Vasculaire
Clinique d'Oncologie le Littoral
091193730

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>Clinique d'Oncologie Le Littorale</p> <p>Salaj 3, Bd. La Grande Ceinture Al. Siah</p> <p>Casa - Anfa - Tél : 0522 66 68 90/91/92</p> <p>Fax : 0522 64 81 52 / 05 22 79 75 94</p> <p>C05</p>	<p>2684123</p> <p>omniager</p>	<p>268 DM</p>

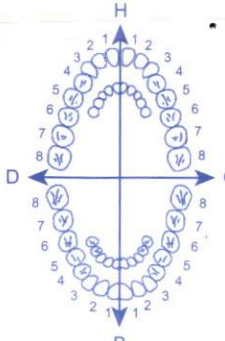
[illegible]

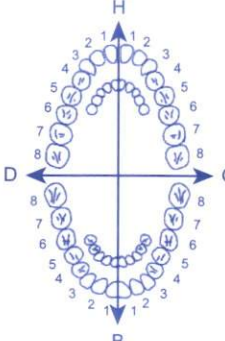
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <hr style="width: 100%;"/> <p>D 00000000 G 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>	
			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

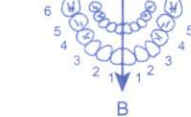
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
					
				Coefficient des Travaux	<input type="text"/>
				Montants des Soins	<input type="text"/>
				Début d'exécution	<input type="text"/>
				Fin d'exécution	<input type="text"/>

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



H	
25533412	21433552
00000000	00000000
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



090003906

RADIOTHERAPIE CONFORMATIONNELLE ET DOSIMETRIE 3D • RADIOTHERAPIE PAR MODULATION D'INTENSITE : IMRT • RAPID-ARC • RADIO-CHIRURGIE STEREOTAXIQUE •
CURIETHERAPIE HAUT DEBIT • MEDECINE NUCLEAIRE • ONCOLOGIE MEDICALE • ONCO.HEMATOLOGIE • GREFFE DE MOELLE OSSEUSE • RADIOLOGIE •
CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE • CHIRURGIE REPARATRICE ET ESTHETIQUE • SOINS INTENSIFS • REANIMATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR •
SOINS PALLIATIFS • RADIOFREQUENCE • DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DES TUMEUR

Casablanca Le : 10/01/2023

Facture N° 264/23

Etablie par IBTISSAM RADIOLOGIE Page 1/1

Identification

N° Dossier : X3A10624

N° Identifiant : 21123145/21

Nom & Prénom : EL MSIYAH KHALID

C.I.N. : Date Début : 10/01/2023 Date Fin : 10/01/2023

Adresse :

Traitement : Pharmacie

Médecin : SAMLALI REDOUAN

Prestations

Qté Prix U. L.C. Coef Montant

PHARMACIE

Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
Pharmacie	1	268,00			268,00

Total Rubrique : 268,00

PARTIE CLINIQUE :

268,00

TOTAL FACTURE 268,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Deux cent soixante huit Dirhams

Cachet et signature

Clinique d'Oncologie Le Littoral
Salaj 3, Bd. La Grande Ceinture Ain Diab
Casa - Anfa - Tél : 0520 66 68 90/91/92
Fax : 0522 64 81 52 / 05 22 79 75 94
C05



RADIOTHERAPIE CONFORMATIONNELLE ET DOSIMETRIE 3D • RADIOTHERAPIE PAR MODULATION D'INTENSITE : IMRT • RAPID-ARC • RADIO-CHIRURGIE STEREOTAXIQUE •
CURIETHERAPIE HAUT DEBIT • MEDECINE NUCLEAIRE • ONCOLOGIE MEDICALE • ONCO-HEMATOLOGIE • GREFFE DE MOELLE OSSEUSE • RADIOLOGIE •
CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE • CHIRURGIE REPARATRICE ET ESTHETIQUE • SOINS INTENSIFS • REANIMATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR •
SOINS PALLIATIFS • RADIOFREQUENCE • DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DES TUMEURS

Page : 1/1

DATE: 10/01/2023

Détail de la pharmacie consommée

Patient **EL MSIYAH KHALID**

Dossier N° **X3A10624**

Date	Produit consommé	Quantité	Prix Unit.	Montant
Pharmacie				
10/01/2023	OMNIPAQUE 350MG/50ML	2	134,00	268,00
Total				268,00
Total journée		10/01/2023		268,00
Total produits consommés :				268,00

Clinique d'Oncologie Le Littoral
Salaj 3, Bd. La Grande Ceinture Ain Diab
Casa - Anfa - Tél : 0520 66 68 90/91/92
Fax : 0522 64 81 52 / 05 22 79 75 94
C05

PH
134DH00

Pour 1 ml de solution : Iohexol 755 mg q.s.p
350 mg d'iode.
Excipients : Trométamol, HCl, édétate calcique,
eau P P I
Le flacon à usage unique.
A conserver à une température ne dépassant pas
+30°C, à l'abri de la lumière et des rayons ionisants.
Le produit peut être conservé 3 mois à une
température de +37°C.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Lire attentivement la notice avant utilisation

1 مل يحتوي على: إيوهكسول 755 ملغ
ك.ك.ل. 350 ملغ يود
المركبات الأخرى: تروميتامول، حمض
الهيدروكلوريك، إيديتات الكالسيوم، ماء
للحقن.
كل عبوة لإستعمال واحد.
يحفظ في مكان درجة حرارته لا تتعدى
30°م، يحفظ بعيداً عن الضوء وبعداً عن
الأشعة. هذا الدواء يمكن حفظه مدة 3
أشهر في مكان درجة حرارته 37°م.
لا يترك على مرمى أو في متناول الأطفال.
اقرأ النشرة الداخلية قبل الإستعمال.



AMM N°: 102/19 DMP/21/NRQ

GE Healthcare



OMNIPAQUE™
أومنيباك

350 mg I/ml
ملغ يود/مل

Solution injectable
IOHEXOL

محلول للحقن
إيوهكسول

1 x 50 ml

EXP /
نهاية الإستعمال:
Lot n° /
الحصة:

02-2024
15799932

1198592 MAR

1181932

OMNIPAQUE 350 mg I/ml IOHEXOL

أومنيباك 350 ملغ يود/مل إيوهكسول
يستعمل للحقن داخل الأوعية intra-arterielle ou intraveineuse

CE PRODUIT + GROSSESSE = DANGER.
هذا المنتج + الحمل = خطر
Ne pas utiliser chez la femme enceinte,
sauf en l'absence d'alternative thérapeutique
لا يستعمل لدى المرأة الحامل إلا عند غياب علاج بديل

Respecter les doses prescrites.
احفظوا مقادير الوصفة

الغائبة
مédicament soumis à prescription médicale
بشكله
uniquement sur ordonnance

دواء يقدم إلا على وصفة
صاحب مقرر التسجيل:

Titulaire de la DE:
GE Healthcare AS
Kroerveien 1, P.O.Box 4220 Nydalen,
NO-0401 Oslo, Norvège.
Distribué par: Cyclopharma S.A. Lot 84,
B. Ouled saleh, Bouskoura, 27182 Casablanca

PH
134DH00

Pour 1 ml de solution : Iohexol 755 mg q.s.p
350 mg d'iode.
Excipients : Trométamol, HCl, édétate calcique,
eau P P I
Le flacon à usage unique.
A conserver à une température ne dépassant pas
+30°C, à l'abri de la lumière et des rayons ionisants.
Le produit peut être conservé 3 mois à une
température de +37°C.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Lire attentivement la notice avant utilisation

1 مل يحتوي على : إيوكسول 755 ملغ
ك.ك.ل. 350 ملغ يود
المركبات الأخرى : تروميتامول، حمض
الهيدروكلوريك، إيديتات الكالسيوم، ماء
للحقن.
كل عبوة لإستعمال واحد.
يحفظ في مكان درجة حرارته لا تتعدى
30°م، يحفظ بعيدا عن الضوء وبعدا عن
الأشعة. هذا الدواء يمكن حفظه مدة 3
أشهر في مكان درجة حرارته 37°م.
لا يترك على مرمى أو في متناول الأطفال.
اقرأ النشرة الداخلية قبل الإستعمال.



AMM N°: 102/19 DMP/21/NRQ

GE Healthcare



OMNIPAQUE™
أومنيباك

350 mg I/ml
ملغ يود/مل

Solution injectable
IOHEXOL

محلول للحقن
إيوكسول

1 x 50 ml

EXP /
نهاية الإستعمال
Lot n° /
الحصة

02-2024
15799932

1198592 MAR

1181932

OMNIPAQUE 350 mg I/ml IOHEXOL

أومنيباك 350 ملغ يود/مل إيوكسول
يستعمل للحقن داخل الأوعية intra-arterielle ou intraveineuse

CE PRODUIT + GROSSESSE = DANGER.
هذا المنتج + الحمل = خطر
Ne pas utiliser chez la femme enceinte,
sauf en l'absence d'alternative thérapeutique
لا يستعمل لدى المرأة الحامل إلا عند غياب علاج بديل

Respecter les doses prescrites.
احفظوا مقادير الوصفة

القامية
1
Médicament soumis à prescription médicale
بشكله فقط
uniquement sur ordonnance

دواء يقدم إلا على وصفة
صاحب مقر التسجيل:

Titulaire de la DE:
GE Healthcare AS
Kroerveien 1, P.O.Box 4220 Nydalen,
NO-0401 Oslo, Norvège.
Distribué par: Cyclopharma S.A. Lot 84,
B. Ouled saleh, Bouskoura, 27182 Casablanca