

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- Reclamation : 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 9549 Société : RAT		
<input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre : 145833		
Nom & Prénom : ELMSIYAH KHALID		
Date de naissance : 28-03-1969		
Adresse :		
Tél. : 0661594929 Total des frais engagés : Dhs		
Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : / /		
Nom et prénom du malade :		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie :		
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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) :		

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Numéro de la Facture	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Clinique d'Oncologie Le Littoral Salaj 3, Bd. La Grande Ceinture Alia Diab Casa - Anfa - Tél : 0520 66 68 90/91792 Fax : 0522 64 81 52 / 05 22 79 75 94	12101123	Omnipac	2.68 DH

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DÉBUT D'EXÉCUTION
				FIN D'EXÉCUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]
ctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

The diagram illustrates a dental arch (maxilla) with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: Upper Left (UL), Upper Right (UR), Lower Left (LL), and Lower Right (LR). Each tooth is assigned a number from 1 to 8, representing its position relative to the dental midline. A legend below the arch defines the symbols used for each quadrant:

- Upper Left (UL):** Y
- Upper Right (UR):** Y
- Lower Left (LL):** H
- Lower Right (LR):** H

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RADIOOTHERAPIE 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

Sasablanca 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 :

Traitemet : Pharmacie

Médecin : SAMLALI REDOUAN

Prestations

Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
-----	---------	------	------	---------

PHARMACIE

Pharmacie	1	268,00		268,00
Total Rubrique :				268,00

PARTIE CLINIQUE :

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
 Casab - Anfa - Tél : 0520 66 68 90/91/92
 Fax : 0522 64 81 52 / 05 22 79 75 94
 C05

RADIOOTHERAPIE CONFORMATIONNELLE ET DOSIMETRIE 3D • RADIOTHERAPIE PAR MODULATION D'INTENSITE : IMRT • RAPID-ARC • RADIO-CHIRURGIE STEROTAXIQUE •
 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
 Casab - Anfa - Tel : 0520 66 68 90/91/92
 Fax : 0522 64 81 52 / 05 22 79 75 94
 C05*

1181932

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 ملخ
ك.ك.ل. 350 ملخ بود

الزيادات الأخرى: تروميتامول، حمض
الميدروكلوريك، إيديتات الكالسيوم، ماء
النفط.

كل عبوة لاستعمال واحد.

يحظى في مكان درجة حرارة لا تتدنى عن
+30°C، يحفظ بعيداً عن الماء ويعداً عن
الأشعة. هذا الدواء يمكن حفظه مدة 3
أشهر في مكان درجة حرارة +37°C.

لا يترك على مرأى أفراد في متناول الأطفال.
اقرأ النشرة الداخلية قبل الاستعمال.

AMM N°: 102/19 DMP/21/NRQ



OMNIPAQUE 350 mg I/ml IOHEXOL
أونبياك 350 ملخ بود/مل إيوهكسول
باستعمل للحقن داخل الأوعية



Respecter les doses prescrites
احترم مقداره (الجرعات)
liste I

médicament soumis à prescription médicale
Uniquement sur ordonnance

دواء يقدم إلا على وصفة
صاحب مقر التسجيل:
Stentre de la DE:
GE Healthcare AS
Krovenien 1, P.O.Box 4220 Nydalen,
0-0401 Oslo, Norvège.
Distribué par: Cyclopharma S.A. Lot.84
B. Ouled Saleh, Bouskoura, 27182 Casablanca

02-2024
15799932

1198592 MAR