

## 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 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

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'Horloger  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

Nº W21-808359

176011  Autres

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) <span style="float: right;">八十七</span>			
Matricule : <b>2459</b>	Société : <b>12AM</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<b>Mohamed</b>
Nom & Prénom : <b>Eloujani, Mohamed</b>		Date de naissance : <b>13/09/1953</b>	
Adresse :			
Tél. : <b>06.003624.87</b>		Total des frais engagés : <b>114.000.000.000</b>	

<p><b>Cadre réservé au Médecin</b></p> <p>Cachet du médecin :</p> <p>Date de consultation : ..... 09, 09/2023</p> <p>Nom et prénom du malade : ..... Age: .....</p> <p>Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p> <p>Nature de la maladie : ..... <i>Surveillance</i> <i>Jacky Mallet</i></p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....</p> <p>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.</p>
--

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 : Paris

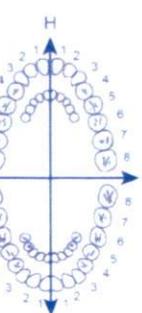
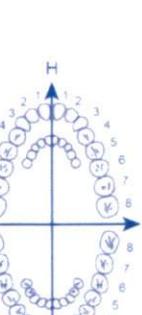
Signature de l'adhérent(e) :

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

This image shows a blank, aged, cream-colored page with a dark border. The paper has a slightly textured appearance and a few small, faint dark spots, characteristic of old paper. There is no text or other markings on the page.

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
319/23	Y3	100	3000	INTEGRAL LE 01/01/2011 M. L. L. L.

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ABOU ZAID S.A.R.L 13/05/2023	09-09-2023	236,50
	13/05/2023	374,00

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins																		
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> <input type="text"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="text"/>	<b>Coefficient</b> <input type="text"/>														
				<b>INP :</b> <input type="text"/>														
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>														
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>														
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>														
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>														
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: none;">D</td> <td style="border-top: none;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>          Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B	B																	
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																
		<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>																
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																

**Dr. Khalid TOUABI**  
CHIRURGIEN UROLOGUE

Maladie du Rein et de l'Appareil Urinaire  
Maladie Sexuellement Transmissibles  
Stérilité Masculine - Impuissance Sexuelle  
Lithotriptie extra-corporelle  
Membre de l'Association Française d'Urologie  
Diplômé de l'université de Nice  
Sophia-Antipolis (France)



الدكتور خالد توابي

اختصاصي في أمراض الكلية  
والمسالك البولية - العقم الجنسي  
الأمراض التناسلية - تفتيت الحصى  
عضو الجمعية الفرنسية  
لأمراض الكلية والمسالك البولية  
خريج كلية الطب بنين (فرنسا)

Casablanca, Le:

29/10/96

ج ٢٥

الموعد



١٠٩٢٠

• ٢٠٢٤٩٩٩٦

٨٠٩٠

٢٨٠٢٠

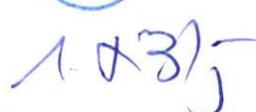
٠٨٠٩٧٧٦٧



٨٠٢١

٩٨٠٨٠

٠٨٠٩٧٧٦٧٦٥



٢٣٦٥٠



PHARMACEUTIQUE IBTISSAME  
98, Rue Prince My Abdellah - Casablanca  
Dr. Khalid Touabi - Mohammed  
Tel: 05 22.27.22.41 / 05 22.27.19.30

Dr. Khalid TOUABI  
UROLOGUE  
98, Rue Prince My Abdellah - Casablanca  
Tel: 05 22.27.22.41 / 05 22.27.19.30

زنقة الأمير مولاي عبد الله ( فوق إيق روشي ) - الدار البيضاء

11, Rue Prince My Abdelleah (au dessus de Yves Rocher) - Casablanca

البريد الإلكتروني : Email : urotk@yahoo.fr - الهاتف : Tél.: 05 22.27.22.41 / 05 22.27.19.30



13/09/2023

Dr. EP oujani Mohamed

374,00

Omnipaque 300 mg 100 ml



RADIOLOGIE ANOUAL 111  
Oncologie & Diagnostic du Maroc  
ICE: 001614006000058  
111, Bd Anoual  
Tél: 05 22 86 09 99 - Gsm: 06 63 57 42 60

PHARMACIE ABOU ZAID  
S.A.R.L.  
Rue 36 N°04, Massira 2, Bournazel  
Casablanca  
Tél: 0522 70 22 84 Fax: 0522 71 30 79

INPE  
092001197



1498616

GE Healthcare

## OMNIPAQUE™



JOHFXOI

## NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

#### Dénomination du médicament

# OMNIPAQUE™ IOHEXOL

## OMNIPAOQUE 300 mg d'l/ml, solution injectable

## OMNIPAQ<sup>®</sup> 350 mg d'l/ml, solution injectable

## Encadré

**Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.**

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
  - Si vous avez d'autres questions, demander plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
  - Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
  - Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné

PPV  
187.00



10

7

A standard linear barcode is located at the top of the page, consisting of vertical black lines of varying widths on a white background.

AM

Adressez-vous à votre médecin, infirmier/ère avant d'utiliser O...

Faites attention avec OMM  
350 mg I/mL, solution injec-

Comme tous les produits de contraste, que soient la voie d'administration, une possibilité d'effet indésirable existe, mais qui peut aller jusqu'à engendrer une réaction anaphylactique. Ces réactions peuvent survenir très rarement, jusqu'à 7 jours après l'injection. Elles sont souvent imprévisibles mais si vous avez déjà présenté une réaction lors d'une précédente administration de produit de contraste (voir «Effets indésirables»). Ensuite, il est important de prévenir le médecin radiologue.



1498616

GE Healthcare

## OMNIPAQUE™



JOHFXOI

## NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

#### Dénomination du médicament

**OMNIPAQUE™**  
IOHEXOL

## OMNIPAOUE 300 mg d'l/ml, solution injectable

OMNIPAOUE 350 mg d'l/ml, solution injectable

## Encadré

**Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.**

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
  - Si vous avez d'autres questions, demander plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
  - Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
  - Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné

PPV  
187.00



10

7



AMM N°: 100/19 DMP/21/NRU

اللهم تكثروه، يحيط بهم <sup>الذئاب</sup> ما يحيط بهم <sup>الذئاب</sup>،  
كل حيلة لاستعمال <sup>الذئاب</sup> اشد.

Adressez-vous à votre médecin infirmier/ère avant d'utiliser O...

Faites attention avec OMM 350 mg I/mL, solution injectable.

Comme tous les produits de contraste, que soient la voie d'administration, une possibilité d'effet indésirable existe, mais qui peut aller jusqu'à engendrer une réaction anaphylactique. Ces réactions peuvent survenir très rarement, jusqu'à 7 jours après l'injection. Elles sont souvent imprévisibles mais si vous avez déjà présenté une réaction à une précédente administration de produit de contraste (voir «Effets indésirables»). Ensuite, il est important de prévenir le médecin radiologue.