

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.



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

Déclaration de Maladie
M23-0017181

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1234 Société : 123762
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SAFRI Abdelkader
Date de naissance : 01/01/1952
Adresse : Bloc 0 - N° 07 HAT SAADA HAY HASSAWI CASABLANCA
Tél. : 0674 315818 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Mohamed DAKIR
Chirurgien Urologue
INPE : 091167619

Date de consultation :/...../.....
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Lionbelgite
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) :

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
13/11/83	CS		67	Professeur Mohamed DAKK Chirurgien Urologue INPE 091167619 2, Rue d'Alger, Agde, Bd Hassan II Casablanca - Tél.: 0522 49 73 73 - CASABLANCA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ABU... 0522 70 72 84 - Fax: 0522 71 30 79 N° 04 Massira 2, Baouat Casablanca - Tél.: 0522 70 22 84 - Fax: 0522 71 30 79	13/11/83	130,00
INPE 092001197		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

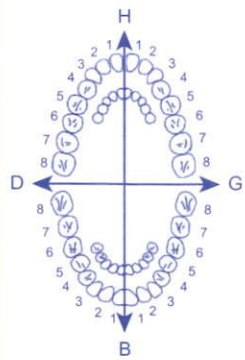
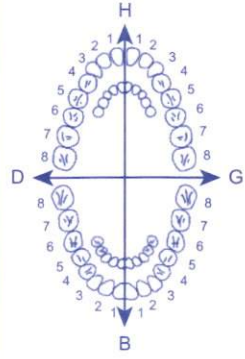
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	


VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

13/11/2023

MR SAFBI ABDELKADEB

cominige 50 x 2

215 x 2 
430,00^{DH}

Total 430,00^{DH}

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

Radiologie LA WILAYA
2, Rue d'Agadir Angle Bd Hassan II
Tel.: 0522 49 73 73 - CASABLANCA

INPE
092001197

1181932

OMNIPAQUE 350 mg I/ml IOHEXOL

أومنيباك 350 ملغ يودايل أيوهكسول

Vale intraveineuse ou intra-artérielle



Ne pas utiliser chez la femme enceinte, sous en l'absence d'alternative thérapeutique, la grossesse n'est pas un contre-indication à l'usage de ce produit.

Ne pas utiliser chez la femme enceinte, sous en l'absence d'alternative thérapeutique, la grossesse n'est pas un contre-indication à l'usage de ce produit.

المادة 1

Liste I

Médicament soumis à prescription médicale

Uniquement sur ordonnance

دواء يقسم إلا على وصفة

حاشي غير السحب

Détenteur de la DE :

GE Healthcare AS

MedBio 11, rue des A230 Nydalen,

NO-2001 Oslo, Norvège

Distribué par: Cicopharma S.A. Ltd. Bk,

Zl. Orlif saeh, Boukoura, 27182 Casablanca



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 يحوي ملغ 350 يودايل أيوهكسول 755 ملغ

المكونات الأخرى: ترومييتامول، هيدروكلوريد، إديتات الكالسيوم، ماء.

كل عبوة لإستعمال واحد.

يحفظ في مكان درجة حرارته لا تتعدى 30°C، يحفظ بعيداً عن الضوء ويحمى من الأشعة.

الاستعمال: هذا الدواء يمكن حفظه مدة 3 أشهر في مكان درجة حرارته 37°C.

لا يترك على مرأى أو في متناول الأطفال.

اقرأ النشرة الداخلية قبل الإستعمال.

AMM N° : 102/19 DMP/21/NRO



GE Healthcare



OMNIPAQUE™
أومنيباك

350 mg I/ml
ملغ يودايل

Solution injectable
IOHEXOL
محلول الحقن
أيوهكسول

1 x 50 ml

10-2025

16161022

1201829 MAR

1181932

OMNIPAQUE 350 mg I/ml IOHEXOL

أومنيباك 350 ملغ يودايل أيوهكسول

Vale intraveineuse ou intra-artérielle



Ne pas utiliser chez la femme enceinte, sous en l'absence d'alternative thérapeutique, la grossesse n'est pas un contre-indication à l'usage de ce produit.

Ne pas utiliser chez la femme enceinte, sous en l'absence d'alternative thérapeutique, la grossesse n'est pas un contre-indication à l'usage de ce produit.

المادة 1

Liste I

Médicament soumis à prescription médicale

Uniquement sur ordonnance

دواء يقسم إلى على وصفة

حاشي غير السجين

Détenteur de la DE :

GE Healthcare AS

Medtronic A/S, DK-2300 Lyngby, Denmark

Distribué par: Cegopharma S.A. Ltd. Bk.

Zl. Orlík 100, Bratislava, 821 02, Slovakia



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 يحوي ملغ 350 يودايل أيوهكسول 755 ملغ

المكونات الأخرى: ترومييتامول، حمض الهيدروكلوريك، إديتات الكالسيوم، ماء للحقن.

كل عبوة لإستعمال واحد.

يحفظ في مكان درجة حرارته لا تتعدى 30°C، يحفظ بعيداً عن الضوء ويحمى من الأشعة. هذا الدواء يمكن حفظه مدة 3 أشهر في مكان درجة حرارته 37°C.

لا يترك على مرأى أو في متناول الأطفال. اقرأ النشرة الداخلية قبل الإستعمال.

AMM N° : 102/19 DMP/21/NRO



GE Healthcare



OMNIPAQUE™
أومنيباك

350 mg I/ml
ملغ يودايل

Solution injectable
محلول الحقن
أيوهكسول

1 x 50 ml

10-2025

16161022

1201829 MAR