

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 ALÇ :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0018695

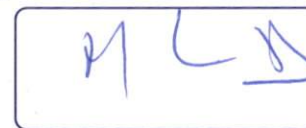
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0750 Société : 199 054
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Mr Ibrahim Mohamed
Date de naissance : 06-11-1944
Adresse : 47 Mustapha el Mouloudi Casablanca
Tél. : 0551 24 1240 Total des frais engagés : 652,10 DA Dhs

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 :

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 : CASABLANCA Le : 17/03/2024

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

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/03/24	65270

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

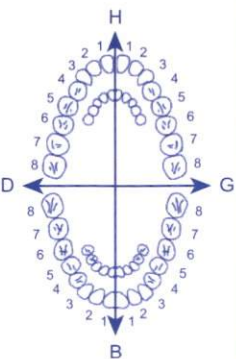
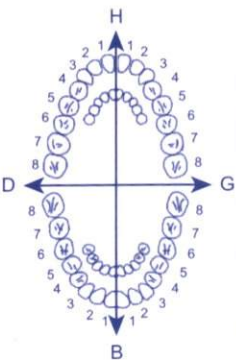
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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



PHARMACIE ROUDANI
Mme Mikou Lebbar Khadija
FACTURE

Page :1

N° FACTURE :869748
Date : 13/03/2024

Client :
MR IBRAHIMI MOHAMED

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
TAHOR 20 MG / 28 CPS	1	103.40	103.40
AMLOR 5 MG / 28 CPS	2	89.20	178.40
CARDENSIEL 2.5 MG / 30 CPS	1	50.70	50.70
NOVONORM 1 MG / 90 CPS	1	177.50	177.50
COVERSYL 10 MG / 30 CPS	1	142.70	142.70

EXP : 03/2024 P.P.V : 03/2024
LOT N° : HK 386 103,40

UT.AV : 08/2020 P.P.V : 08/2020
LOT N° : HL 0823 89,20

UT.AV : 09/2020 P.P.V : 09/2020
LOT N° : HN 9414 89,20

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

142,70
NovoNorm®
1mg
90 comprimés
PPV: 177 DH 50
6 118001 120369
8-1775-73-210-1

Total TTC = 652.70

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : SIX CENT-CINQUANTE-DEUX DIRHAMS 70 CTS

Bon rétablissement

26, Bd Brahim Roudani, Casablanca. Tél.: 0522 27 12 24 0522 27 23 86 INPE: 092051044
Patente: 35504561 CNSS:1125427 RC:176959 IF: 40303740 ICE:001638453000074

PH
116DH50

Pour 1 mL de solution : Iohexol 647 mg q.s.p
300 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 647 ملغ
ك.ك.ل، 300 ملغ يود

المركبات الأخرى : ترومييتامول، حمض
الهيدروكلوريك، إيديتات الكالسيوم، ماء
للحقن.

كل عبوة لإستعمال واحد.

يحفظ في مكان درجة حرارته لا تتعدى
30°C، يحفظ بعيداً عن الضوء وبعيداً عن

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

لا يترك على مرمى أو في متناول الأطفال.

اقرأ النشرة الداخلية قبل الإستعمال.



AMM N°: 100/19 DMP/21/NRQ

GE Healthcare



OMNIPAQUE™
أومنيباك

300 mg I/ml
ملغ يود/مل

Solution injectable
IOHEXOL

محلول للحقن
إيوهكسول

1 x 50 ml

EXP /
نهاية الإستهلاك:
Lot n°/
الحصة:

07-2026
16455080

1201828 MAR

1181932

OMNIPAQUE 300 mg I/ml IOHEXOL

أومنيباك 300 ملغ يود/مل إيوهكسول

Voie intraveineuse ou intra-artérielle استعمال تحقن داخل الأوعية



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.
احترموا مقادير الوصفة.

Liste I

القائمة I

Médicament soumis à prescription médicale

Uniquement sur ordonnance

دواء يقدم إلا على وصفة

Détenteur de la DE :

صاحب مقرر التسجيل:

GE Healthcare AS

Nycoveien 1, P.O.Box 4220 Nydalen,

NO-0401 Oslo, Norvège.

Distribué par : Cyclopharma S.A. Lot.84,

Z.I. Ouled saleh, Bouskoura, 27182 Casablanca

PH
116DH50

Pour 1 mL de solution : Iohexol 647 mg q.s.p
300 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 647 ملغ
ك.ك.ل، 300 ملغ يود

المركبات الأخرى : ترومييتامول، حمض
الهيدروكلوريك، إيديتات الكالسيوم، ماء
للحقن.

كل عبوة لإستعمال واحد.

يحفظ في مكان درجة حرارته لا تتعدى
30°C، يحفظ بعيداً عن الضوء وبعيداً عن

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

لا يترك على مرمى أو في متناول الأطفال.

اقرأ النشرة الداخلية قبل الإستعمال.



AMM N°: 100/19 DMP/21/NRQ

GE Healthcare



OMNIPAQUE™
أومنيباك

300 mg I/ml
ملغ يود/مل

Solution injectable
IOHEXOL

محلول للحقن
إيوهكسول

1 x 50 ml

EXP /
نهاية الإستهلاك:
Lot n°/
الحصة:

07-2026
16455080

1201828 MAR

1181932

OMNIPAQUE 300 mg I/ml IOHEXOL

أومنيباك 300 ملغ يود/مل إيوهكسول

Voie intraveineuse ou intra-artérielle استعمال تحقن داخل الأوعية



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.
احترموا مقادير الوصفة.

Liste I

القائمة I

Médicament soumis à prescription médicale

Uniquement sur ordonnance

دواء يقدم إلا على وصفة

Détenteur de la DE :

صاحب مقرر التسجيل:

GE Healthcare AS

Nycoveien 1, P.O.Box 4220 Nydalen,

NO-0401 Oslo, Norvège.

Distribué par : Cyclopharma S.A. Lot.84,

Z.I. Ouled saleh, Bouskoura, 27182 Casablanca