

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

Maladie

Dentaire

Optique

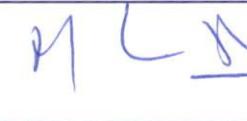
Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	0750	Société :	Agg 054
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		Mme IBRAHIMI YOLQUES	
Date de naissance :		01/01/1944	
Adresse :		47 HUSSEIN BEN MOUSSA ROUTE CHAMPIGNON PO 66124 CASABLANCA	
Tél. :		652.10.DAH	
Total des frais engagés : 652,10 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 : 12/02/2014

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 :

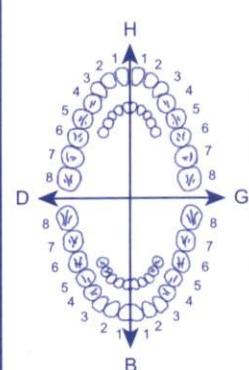
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

tionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p align="center">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> <td></td> </tr> </table> <p align="center">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	D	B	G	25533412	00000000	00000000	21433552	00000000	35533411	35533411	00000000			11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	D	B	G															
25533412	00000000	00000000	21433552															
00000000	35533411	35533411	00000000															
		11433553																
		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

Page : 1

FACTURE

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

Total TTC = 652.70

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

Bon rétablissement

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: إبرهكسول 647 ملخ
ك.ك.ل، 300 ملخ بود

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

كل عبوة لاستعمال واحد.

يحفظ في مكان درجة حرارته لا تتعدي
30°، يحفظ بعيداً عن الضوء ويعداً عن
الأطعمة. هذا الدواء يمكن حفظه مدة 3
أشهر في مكان درجة حرارته 37°.

7



AMM N°: 100/19 DMP/21/NRQ

PH
116DH50

1181932

GE Healthcare



OMNIPACQUE™
أونبياك

300

mg I/ml
ملغ يود/مل

Solution injectable

IOHEXOL

محلول للحقن
إيوهكسول

1 x 50 ml

EXP /
نهاية الاستهلاك:
Lot n° /
الحصة:

07-2026
16455080

1201828 MAR

OMNIPACQUE 300 mg I/ml IOHEXOL

أونبياك 300 ملغ يود/مل إيوهكسول

يستعمل للحقن داخل الأوعية
Voie intraveineuse ou intra-artérielle

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 :
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

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: إبرهكسول 647 ملخ
ك.ك.ل، 300 ملخ بود

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

كل عبوة لاستعمال واحد.

يحفظ في مكان درجة حرارته لا تتعدي
30°، يحفظ بعيداً عن الضوء ويعداً عن
الأطعمة. هذا الدواء يمكن حفظه مدة 3
أشهر في مكان درجة حرارته 37°.



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

7

AMM N°: 100/19 DMP/21/NRQ

PH
116DH50

1181932

GE Healthcare



OMNIPACQUE™
أونبياك

300

mg I/ml
ملغ يود/مل

Solution injectable

IOHEXOL

محلول للحقن
إيوهكسول

1 x 50 ml

EXP /
نهاية الاستهلاك:
Lot n° /
الحصة:

07-2026
16455080

1201828 MAR

OMNIPACQUE 300 mg I/ml IOHEXOL

أونبياك 300 ملغ يود/مل إيوهكسول

يستعمل للحقن داخل الأوعية

Voie intraveineuse ou intra-artérielle

يستعمل للحقن داخل الأوعية

يستعمل لدى المرأة الحامل إلا عند غياب علاج بديل

لا يستعمل لدى المرأة الحامل = خطر

هذا المنتوج + الحمل = خطر

CE PRODUIT + GROSSESSE = DANGER

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