

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- 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- 0050813

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 22 99 Société : RAY

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAHINE Ahmed

Date de naissance : 01/01/52

Adresse : Souk elhwan B2 n° 49 Casa

Tél. : 06 78 99 91 72 Total des frais engagés : 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.

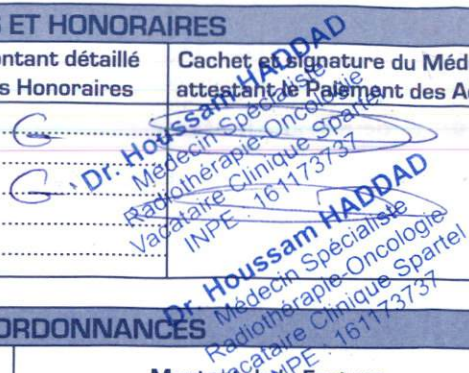
Fait à : Casa Le : 01/07/22

Signature de l'adhérent(e) : 01/07/22

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
11-06-2022	C.T.			
22-06-2022	C.S.			


# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

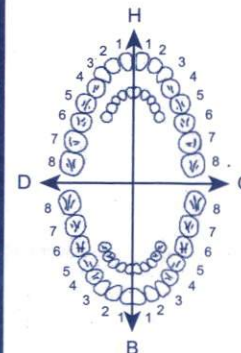
# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	11-06-2022					260519
	22-06-2022					1768169

Polyclinique Multidisciplinaire

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le p... indiquant la nature des soins.  
 Im... Lot R8XN1  
 Ver... EXP 12-2022  
 PH 29,90 DH



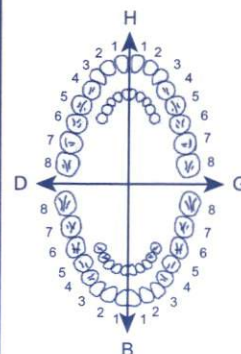
Maphar  
 Bd Alklima N° 6, Q1,  
 Sidi Bernoussi, Casablanca  
 Navelbine 10mg al b10x1ml c  
 PH : 1407,00 DH  
 118001 181773

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)  
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Séjour : Du 15/06/2022 au 15/06/2022  
Patient : M. CHAHINE AHMED  
N° Dossier : COT22F15092419  
Organisme : PAYANT

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
ACUCARB 450 MG	602,00 Dh	1	602,00 Dh
AIGUILLE HUBER CH 20	52,50 Dh	1	52,50 Dh
CHEMOSET 8 MG CP	23,60 Dh	10	236,00 Dh
CLOPRAME 10 MG INJECTA	1,49 Dh	1	1,49 Dh
METHYLPREDNISOLONE 40MG INJECTA	14,00 Dh	3	42,00 Dh
NAVELBINE 10 MG/ML	140,70 Dh	4	562,80 Dh
OMEPRAZOLE NORMON 40 MG INJ	29,90 Dh	1	29,90 Dh
ONDANSETRON GT 8MG/4MG	80,00 Dh	1	80,00 Dh
			<b>1 606,69 Dh</b>



CNSS : 5609089 - Patente : 24828097 - IF : 24828097 - ICE : 001955650000079

STE Polyclinique Multidisciplinaire SARL 11 Rue Sidi Amar, Tanger, Maroc

Tél : 05 39 93 77 66 / 08 08 54 87 00 - Fax : 05 39 33 05 34 - GSM : 06 62 36 56 40

**URGENCES 24/24 : 05 39 93 77 66**





160063335

TANGER Le : 15-06-2022

<b>Facture N° 01020/22/ONCO</b>				<b>C. Débiteur</b> <span style="float: right;">page 1/1</span>			
<b>A. Identification</b> N° Dossier : COT22F15092419      N° Identifiant : 000329/22 <b>Nom &amp; Prénom : M. CHAHINE AHMED</b> C.I.N : B108575 Adresse : TANGER				<b>Organisme : Payant</b>  <b>ICE :</b> <b>Adresse :</b> <b>D. Période d'Hospitalisation</b> Date Entrée : 15-06-2022 Date Sortie : 15-06-2022			
Médecin traitant : DR . HADDAD HOUSSAM				Traitement : CHIMIOThERAPIE			
<b>Qté</b>	<b>Prestations</b>	<b>Observation</b>	<b>Prix U.</b>	<b>L.C.</b>	<b>Coef</b>	<b>Total</b>	
<b>PHARMACIE INTERNE</b>							
1	PHARMACIE		1 606,69			1 606,69	
Total Rubrique :						<b>1 606,69</b>	
<b>PRESTATIONS</b>							
1	CHIMIOThERAPIE		1 000,00			1 000,00	
Total Rubrique :						<b>1 000,00</b>	
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						<b>2 606,69</b>	
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						<b>0,00</b>	
Arrêté la présente facture à la somme de :				<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>2 606,69</b>	

DEUX MILLE SIX CENT SIX DIRHAMS SOIXANTE-NEUF CENTIMES  
Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré



CNSS : 5609089 - Patente : 24828097 - IF : 24828097 - ICE : 001955650000079

STE Polyclinique Multidisciplinaire SARL 11 Rue Sidi Amar, Tanger, Maroc

Tél : 05 39 93 77 66 / 08 08 54 87 00 - Fax : 05 39 33 05 34 - GSM : 06 62 36 56 40

**URGENCES 24/24 : 05 39 93 77 66**



PH:400DH00

# Ondansétro<sup>®</sup>n GT

8 mg/4 ml

Voie I.V. ou I.M.  
5 ampoules injectables  
de 4 ml dosées à 2 mg/ml



TECNIMED GROUP



FARMOZ S.A.

Lot: 3051

Per: 12-2024

**ACUCARB 450**  
Carboplatine  
Solution pour perfusion  
450 mg/45 ml  
Stérile  
Pour perfusion IV

**Avertissement :** Médicament soumis à prescription hospitalière.  
Prescription réservée aux spécialistes en oncologie.

**Mise en garde :** L'injection ne doit pas être utilisée si elle contient certains signes visibles de détérioration.

Ne pas dépasser la dose prescrite.

Trbleau A (liste I)

AMM N° : 69/18 DMP/21/NRQ

PH : 602,00 Dhs

Lot : 003032101A

Fab : 03/2021

Per : 02/2023



ACCURE LABS Pvt. Ltd.

Distribué par :  
Zouidi Pharma 96, Zone Industrielle, Tassila  
Inezgane Agadir - Maroc.

Dr. M. EL BOUHMADI Pharmacien Responsable

450 mg

**ACUCARB 450**

**Carboplatine**

**Solution  
pour perfusion  
450 mg/45 ml**

**Stérile**

**Pour perfusion IV**



**ACUCARB 450**

**Carboplatine  
Solution pour perfusion  
450 mg/45 ml**

Chaque ml contient :  
Carboplatine.....10.0 mg  
Eau ppi.....q.s.p.....1 ml

**Conservation :** A conserver à une température inférieure à 25°C.  
A l'abri de la lumière  
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

**Dosage, indications et précautions  
d'emploi :** Voir notice à l'intérieur.

ACUCARB 450  
Solution pour perfusion  
450 mg/45 ml



6 118001 271290

DRUGS/AP/35/2013(L)

450 mg

**ACUCARB 450**

**Carboplatine**

**Solution  
pour perfusion  
450 mg/45 ml**

**Stérile**

**Pour perfusion IV**



يحتفظ به بعيدا عن متناول و نظر الأطفال.  
اقرأ النشرة قبل استعمال هذا الدواء. عن طريق الوريد.  
يحتفظ بهذا الدواء عند درجة حرارة أقل من 25 درجة.  
يحتفظ بهذا الدواء داخل علبته محمي من أشعة الضوء.  
تحت وصفة طبية. استعمال استشفائي. الجدول س. الالته (II).

Importé par le laboratoire pharmaceutique IBERMA  
ZI - Lot 149 - Had Soualem - Maroc  
Sous licence laboratoire pharmaceutique NORMON, S.A. Espagne  
NADIA IBNTABET : Pharmacien responsable

Omeprazole Normon® 40 mg poudre  
pour solution pour perfusion

1 flacon

6 118001 220342

 **NORMON**

Ne pas dépasser  
la dose prescrite

**Voie intraveineuse**  
**1 flacon lyophilisé**  
**pour perfusion**



**Omeprazole**  
**Normon®**  
**40 mg**  
**poudre pour**  
**solution**  
**pour perfusion**

Composition:

Chaque flacon contient:

Oméprazole (D.C.I.) ..... 40 mg.

Hydroxyde de sodium, Edétate disodique dihydraté et eau pour injectable q.s.

Veuillez lire la notice avant d'utiliser ce médicament.

Tenir hors la portée et de la vue des enfants.

Conserver à une température inférieure à 25°C.

Conserver dans l'emballage extérieur d'origine à l'abri de la lumière.

Sous ordonnance médicale. Usage hospitalier. Tableau C (Liste II).

N° AMM: 16/19 DMP/21/NRQ



عن طريق الوريد  
مجفف للتستريب 1 قنبية

**أوميبرازول**  
**نورمون 40 مغ**  
**أوميبرازول**  
**مسحوق من أجل**  
**محلول للتستريب**

IBERMA



الرجوع احترازا الى معلومات الموصوفة

**Omeprazole**  
**Normon®**  
**40 mg**  
**poudre pour**  
**solution**  
**pour perfusion**

1  
flacon



CHEMOSET®  
Ondansétron

Voie Orale

10 Comprimés Pelliculés

**CHEMOSET®**

Ondansétron

**8 mg**LOT: 0106326  
EXP: 09/24  
PH : 236DH00**10** Comprimés Pelliculés  
Voie OraleComposition : Par Comprimé pelliculé  
Ondansétron (DCI) ..... 8 mg  
Eq. Ondansétron HCl ..... 10 mg  
Excipients q.s.p 1 comprimé  
Contient du lactose

Indications, Contre-indications

Posologies & Précautions d'emploi : Lire la notice à l'intérieur  
Conserver à une température inférieure ou égale à 25°C, à l'abri de la lumière

Médicament autorisé n°: 83/15 DMP/21/NRQ

Respecter les doses prescrites

Tableau A

TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE  
DES ENFANTS**CHEMOSET® 8mg**

10 comprimés pelliculés



6 118001 250615

Fabriqué par Pharmathen - Grèce  
Importé parZone Industrielle Ouest Ain Harrouda  
Route Régionale n° 322 (ex R.S 111)

Km 12.400 Ain Harrouda 28 630 - Mohammedia, Maroc

**10** أقراص ملبسة  
عن طريق الفمLot N° :  
EXP :  
ppv :

500786 c





Séjour : Du 22/06/2022 au 22/06/2022  
Patient : M. CHAHINE AHMED  
N° Dossier : COT22F22134339  
Organisme : PAYANT

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
AIGUILLE HUBER CH 20	52,50 Dh	1	52,50 Dh
CLOPRAME 10 MG INJECTA	1,49 Dh	1	1,49 Dh
METHYLPREDNISOLONE 40MG INJECTA	14,00 Dh	3	42,00 Dh
NAVELBINE 10 MG/ML	140,70 Dh	4	562,80 Dh
OMEPRAZOLE NORMON 40 MG INJ	29,90 Dh	1	29,90 Dh
ONDANSETRON GT 8MG/4MG	80,00 Dh	1	80,00 Dh
			<b>768,69 Dh</b>



CNSS : 5609089 - Patente : 24828097 - IF : 24828097 - ICE : 001955650000079

STE Polyclinique Multidisciplinaire SARL 11 Rue Sidi Amar, Tanger, Maroc

Tél : 05 39 93 77 66 / 08 08 54 87 00 - Fax : 05 39 33 05 34 - GSM : 06 62 36 56 40

**URGENCES 24/24 : 05 39 93 77 66**



160063335

TANGER Le : 22-06-2022

**Facture N° 01103/22/ONCO**

**A. Identification**

N° Dossier : COT22F22134339

N° Identifiant : 000329/22

**Nom & Prénom : M. CHAHINE AHMED**

C.I.N : B108575

Adresse : TANGER

**C. Débiteur**

page 1/1

**Organisme : Payant**

ICE :

Adresse :

**D. Période d'Hospitalisation**

Date Entrée : 22-06-2022

Date Sortie : 22-06-2022

Médecin traitant : DR . HADDAD HOUSSAM

Traitement : CHIMIOThERAPIE

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>PHARMACIE INTERNE</b>						
1	PHARMACIE		768,69			768,69
Total Rubrique :						<b>768,69</b>
<b>PRESTATIONS</b>						
1	CHIMIOThERAPIE		1 000,00			1 000,00
Total Rubrique :						<b>1 000,00</b>
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						<b>1 768,69</b>
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						<b>0,00</b>
Arrêté la présente facture à la somme de :			<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>1 768,69</b>	

MILLE SEPT CENT SOIXANTE-HUIT DIRHAMS SOIXANTE-NEUF CENTIMES

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré



CNSS : 5609089 - Patente : 24828097 - IF : 24828097 - ICE : 001955650000079

STE Polyclinique Multidisciplinaire SARL 11 Rue Sidi Amar, Tanger, Maroc

Tél : 05 39 93 77 66 / 08 08 54 87 00 - Fax : 05 39 33 05 34 - GSM : 06 62 36 56 40

**URGENCES 24/24 : 05 39 93 77 66**