

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.

Matricule : 8562 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BELBACHIR KARIM

Date de naissance : 09/02/71

Adresse : Rce le 3 Golfs - VILLA 13 - VILLEVERIE

Bou Skoura

Tél. : 0663708512 Total des frais engagés : Dhs

Cachet du médecin : H. HAKMI

Date de consultation : 28/08/22

Nom et prénom du malade : MESOUDI SAMIA

Lieu de parenté : PAH

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

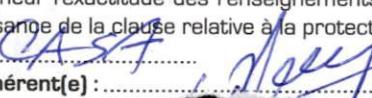
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 28/08/22

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
26/08/22	CS		Gratuit	Professeur EL KARROUMI MOHAMED Gynécologie - Obstétrique N.P. 091029223 Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ABOU ZAID SA N°04 Massira Casablanca Tél: 0529 22 84 Fax: 0529 11 39 70 INPE 2001197 27/08/2022	26/08/2022	418,00
		187,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

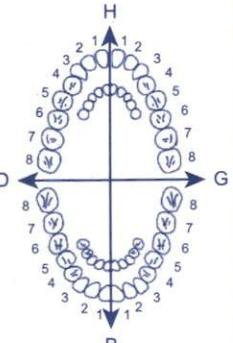
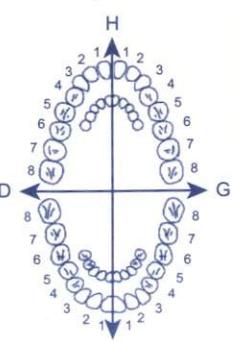
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533411 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G 00000000 00000000	
	D	B		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

10

27/08/2022

Qme Qesoudi Samira

187,00



Omnipaque 300 mg 50 mL



PHARMACEUTICALS LTD.
Rue 36 N° 94 Massilia 2, Bourseazet
862702284 Casablanca Fax 0522 77 30 79



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 ملغم
ك.ك.ل. 300 ملغم يود.

المكونات الأخرى: تروسيتامول، حمض
الميدروكتوريك، إيديتات الكالسيوم، ماء
للحقن.

كل عبوة لاستعمال واحد.

يحفظ في مكان درجة حرارته لا تتعدي
30°، يحفظ بعيداً عن الضوء ويعداً عن
الأذمة. هذا الدواء يمكن حفظه لمدة 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

GE Healthcare



OMNIPAQUE™
أومنيپاك

300

mg I/ml
ملغم يود/مل

Solution injectable
IOHESOL

محلول للحقن
إيوهكسول

1 x 50 ml

EXP /
نهاية الاستهلاك:
Lot n° /
الحصة:

**09-2024
15741403**

1198588 MAR

OMNIPAQUE 300 mg I/ml IOHESOL

أومنيپاك 300 ملغم يود/مل إيوهكسول

يستعمل للحقن داخل الأوعية.

Voie intraveineuse ou intra-artérielle



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.
احترمو عداديسر الوصفة.

Liste I
القائمة I

Médicament soumis à prescription médicale
Uniquement sur ordonnance

دواء يقدم إلا على وصفة

صاحب قرار 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

26.08.2022

92 نسوزي سعير Ep
BREAST CARE

418,00

Clairage

15 ml



CLARISCAN™ 0,5 mmol/ml
SOLUTION INJECTABLE 1x15ml



PHARMACIE ABOU ZAID
S.A.R.L
Rue 36 N°04, Massira 12, Bournazel
Casablanca
tel 0522 70 22 84 / fax 0522 71 30 79



Boîte de 1 flacon de 15 mL.
A usage unique.
Tenir hors de la vue et de la
portée des enfants. Lire la
notice avant utilisation.
Reporter le nom du produit,
le numéro du lot et la dose
administrée dans le dossier
du patient.



Respecter les doses prescrites
Liste I - Uniquement sur
ordonnance

Distribué par
CYCLOPHARMA lot 84,
Z.I. Ouled Saleh
Bouskoura-Nouaceur

N° AMM: 162/19/DMP/21/



Produit de contraste
pour l'IRM
Administration
par voie intraveineuse

Titulaire/Exploitant:
GE Healthcare AS
Nycoveien 1
0485 Oslo, Norvège

Clariscan™ 0.5 mmol/mL
acide gadotérique

Chaque mL contient 279,3 mg
d'acide gadotérique,
équivalent à 0,5 mmol.

15 mL contiennent 4189,8 mg
d'acide gadotérique (sous forme
de sel de mèglumine), équivalent
à 7,5 mmol.
Excipients : Mèglumine,
tetraetan (DOTA), eau P.P.I.



EXP : 11 - 2023
Lot n° : 15747659
1199457 MAR