

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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2899 Société : RAM 129378

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHAFTINE Ahmed

Date de naissance : 01/01/1952

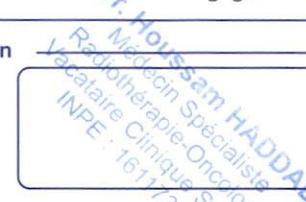
Adresse : Sidi Othman B20 N° 49 Casa.

Tél : 06.48.99.71.72

Total des frais engagés : 626.1 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Pathologie Néoplasie Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : Tanger

Le : 13/09/2022

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
03.08.2021	C 1		C	
10.08.2021	C 1		G	
22.08.2021	C 1		250,00	

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

Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
	AM	PC	IM	IV	
chimiotherapy					241.24
chimiotherapy					1769.43

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

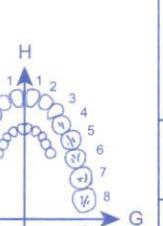
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	<table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> </tr> </table> <table border="1" style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right; padding: 2px;">25533412</td> <td style="text-align: left; padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding: 2px;">00000000</td> <td style="text-align: left; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding: 2px;">00000000</td> <td style="text-align: left; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding: 2px;">35533411</td> <td style="text-align: left; padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table>	H	G	D	B	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<p style="font-size: 1.5em; margin-bottom: 5px;">CCEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p style="font-size: 1.5em; margin-bottom: 5px;">MONTANTS DES SOINS</p> <p style="font-size: 1.5em; margin-bottom: 5px;">DATE DU DEVIS</p> <p style="font-size: 1.5em; margin-bottom: 5px;">DATE DE L'EXECUTION</p>
H	G													
D	B													
25533412	21433552													
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



160063335

TANGER Le : 03-08-2022

Facture N° 01542/22/ONCO

A. Identification

N° Dossier : COT22H03094118

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 : 03-08-2022

Date Sortie : 03-08-2022

Traitemen : CHIMIOTHERAPIE

Médecin traitant : DR . HADDAD HOUSSAM

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
	PHARMACIE INTERNE					
1	PHARMACIE		1 452,18			1 452,18
						Total Rubrique :
						1 452,18
	PRESTATIONS					
1	CHIMIOTHERAPIE		1 000,00			1 000,00
						Total Rubrique :
						1 000,00
	PARTIE CLINIQUE :					2 452,18
	PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :					0,00
	Arrêté la présente facture à la somme de :					
						TOTAL GENERAL
						2 452,18

DEUX MILLE QUATRE CENT CINQUANTE-DEUX DIRHAMS DIX-HUIT CENTIMES

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

signature de l'assuré

Maphar
Bd Alkamilia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Navelbine 10mg ai b10x1ml c
PH : 1407,00 DH
Barcode: 118001 181773



CNSS : 5609089 - Pattente : 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



Séjour : Du 03/08/2022 au 03/08/2022

Patient : M. CHAHINE AHMED

N° Dossier : COT22H03094118

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
CLOPRAME 10 MG INJECTA	1,49 Dh	2	2,98 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	2	160,00 Dh
			1 452,18 Dh



CNSS : 5609089 - Pattente : 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 : 10-08-2022

Facture N° 01621/22/ONCO

A. Identification

N° Dossier : COT22H10105449

N° Identifiant : 000329/22

Nom & Prénom : M. CHAHINE AHMED

C.I.N : B108575

Adresse : TANGER

Médecin traitant : DR . HADDAD HOUSSAM

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 10-08-2022

Date Sortie : 10-08-2022

Traitemen : CHIMIOTHERAPIE

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PHARMACIE INTERNE						
1	PHARMACIE		769,43			769,43
Total Rubrique :						
PRESTATIONS						
1	CHIMIOTHERAPIE		1 000,00			1 000,00
Total Rubrique :						
PARTIE CLINIQUE :						
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
MILLE SEPT CENT SOIXANTE-NEUF DIRHAMS QUARANTE-TROIS CENTIMES						
Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :						
signature de l'assuré						
TOTAL GENERAL						
1 769,43						



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

Composition:

Chaque flacon contient:
Omeprazole (D.C.I.) 40 mg.
Hydroxyde de sodium. Édétate disodique dihydraté et eau pour injectable q.s.
Neutrez l'acidité de la bile avant d'utiliser ce médicament.
Tenir hors de 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° ANM 1-1619 DMP/21/NRO

HG
HISPAGRA

19

أوميرازول نورمون 40 مغ

عن طريق الوريد
محفد للتسرير ١ قانية

المرجو احترام الجرعات الموصوفة



Importé par le laboratoire pharmaceutique IBERMA
ZI - Lot 149 - Had Soualem - Maroc
Sous licence laboratoire pharmaceutique NORMON,
NADIA IBNATET - Pharmacien responsable

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

Voie intraveineuse
1 flacon lyophilisat
pour perfusion

**Ne pas dépasser
la dose prescrite**

Omeprazole Normon® 40 mg poudre
pour solution pour perfusion
1 flacon.

A standard linear barcode is located in the top right corner of the page. It consists of vertical black lines of varying widths on a white background.

OMEI40FAS/1

Lot R8XN1
EXP 12-2022
PH 29,90 DH

Composition:

Chaque flacon contient:
Omeprazole (D.C.I.) 40 mg.
Hydroxyde de sodium. Édétate disodique dihydraté et eau pour injectable q.s.
Neutrez l'acidité de la bile avant d'utiliser ce médicament.
Tenir hors de 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° ANM 1-1619 DMP/21/NRO

HG
HISPANIC

19

أو ميرازول نورمون 40 مغ
أو ميرازول مسحوق من أجل محلول التسريب

عن طريق الوريد

الرجو احترام الجرعات الموصوفة



Importé par le laboratoire pharmaceutique IBERMA
21 - Lot 149- Had Soualem- Maroc
Sous licence laboratoire pharmaceutique NORMON, S.A.
NADIA IBN'TABET - Pharmacien responsable

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

Voie intraveineuse
1 flacon lyophilisat
pour perfusion

**Ne pas dépasser
la dose prescrite**

Omeprazole Normon® 40 mg poudre
pour solution pour perfusion
1 flacon.



OMEI40FAS/1

Lot R8XN1
EXP 12-2022
PH 29,90 DH



Ondansétron GT[®]

8 mg/4 ml

Voie I.V. ou I.M.

5 ampoules injectables

de 4 ml dosées à 2 mg/ml

PH : 400 DH 00



6 118001 380152



TECNIMEDE GROUP



Lot: 3052

Per: 12-2024



801760Rev7

Ondanséttron GT®

5 ampoules injectables de 4 ml dosées à 2 mg/ml



Soyez prudent
Ne pas condenser

Sans avoir lu la notice

Uniquement sur ordonnance (liste I)
Respecter les doses prescrites
Rédicament autorisé N° 94/19 DMP/21/NRGDM

أوندونسيترون جت®

8 مل/4 مل

محلول للحقن داخل الوريد أو في العضل

5 أنبولات من فئة 4 مل

2 مل/مل



TECNIMED GROUP

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.

Tableau 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 :
Zenith pharma 96, Zone Industrielle, Tassila
Inezgane Agadir - Maroc.
Dr. M. EL BOUHMADI Pharmacien Responsable

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

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

