

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.

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- 080206

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04804 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : LAAKISSI Abdellah
 Date de naissance : 13-01-60
 Adresse : Boudid
 Tél. : 0666353691 Total des frais engagés : 428,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 24/01/2023
 Nom et prénom du malade : Dr. LAAKISSI Abdellah Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : 5ème dose Complète de la fémorale superficielle
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : chute et paucité
 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 : Le :
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE ABBOU LAID S.A.R.L. 36 N°94, Massira 2 Bournazel Casablanca 0522 70 22 84 Fax 0522 71 30 79</p> <p>INPE 21197</p>	20/01/2023	428,00

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

[illegible][illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

20/11/23

M. LAAKISSI ABDELLAH



428,00

amipaque 350 mg / 1000 ml

PHARMACIE ABOU ZAID
 S.A.R.L.
 Rue 36 N° 04, Massira 2, Bournazel
 Casablanca
 Tel: 0522 70 22 84 Fax 0522 71 13

INPE
 092001197



Pour 1 ml de solution : Iohexol 755 mg a.s.p.
350 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 ml contient 755 mg
de Iohexol.

البركات الأخرى : تريمتامول، حمض
البيروكلوريك، إيديتات الكالسيوم، ماء
الحقن.

كل عبوة إستعمال واحد.

يحفظ في مكان درجة حرارته لا تتعدى
30°C. يحفظ بعيداً عن الضوء. ويعدا عن
الأشعة. هذا الدواء يمكن حفظه مدة 3
أشهر في مكان درجة حرارته 37°C.
لا يوزن على موزن أو في متناول الأطفال.
اقرأ النشرة الداخلية قبل الإستعمال.

AMM N°: 103/19 DMP/21/MRO



GE Healthcare



OMNIPAQUE™
أومنيباك 350
أيو هكسول

350 mg I/ml
ملغ يودا ميل

Solution injectable
IOHEXOL

محلول للحقن
أيو هكسول

1 x 100 ml

Voie intraveineuse ou
intra-artérielle

يستعمل للحقن
داخل الأوعية

07-2025
15964350

1198594 MAR

OMNIPAQUE 350 mg I/ml
IOHEXOL

أومنيباك 350 ملغ يودا ميل
أيو هكسول



CE PRODUIT - GROSSESSE = DANGER
هذا المنتج + الحمل = خطر
Ne pas utiliser chez la femme enceinte,
soit en l'absence d'alternative thérapeutique
ou si le bénéfice pour l'artériographie n'est pas évident.

Respecter les doses prescrites.
احرصوا على الجرعات الموصى بها.

Liste I
Médicament soumis à prescription médicale
Uniquement sur ordonnance

دواء يقدم إلا على وصفة

Détenteur de la DE :
GE Healthcare AS
Nycomed 1, P.O.Box 4220 Nydalen,
NO-0401 Oslo, Norvège.
Distribué par : Cyclopharm S.A. Lot 84,
Z.I. Ouled solen, Bouiskoura, 27182 Casablanca

