

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

- 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.

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° P19-0005868

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7641 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MAHI ZOUHAIR Date de naissance : 15/12/61
Adresse : Bloc 2, N° 189 FOUARAT HAY LAMIA
Tél. : 0620991700 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 : 12 / 04 / 23
Signature de l'adhérent(e) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| <i>Clinique JERRADA 04315 Service de Radiologie Casablanca Tél : 05 22 99 37 48</i> | 17/04/23 | PDC pour JPH | 500,00 dh |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

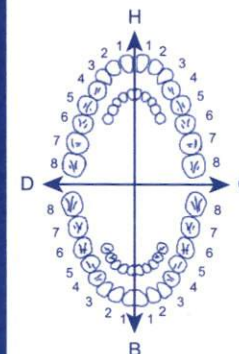
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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

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

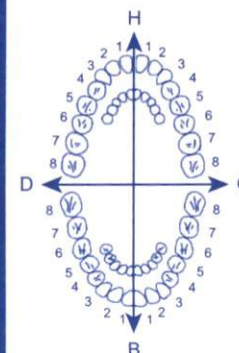
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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



090061078

CASABLANCA Le : 17-04-2023

Facture N° 07411/23

A. Identification

N° Dossier : CJO23D14141420
N° Identifiant : 075659
Nom & Prénom : M. MAHI ZOUHAIR
C.I.N : B446734
Adresse :

C. Débiteur page 1/1

Organisme : Payant
ICE : Adresse :
D. Période d'Hospitalisation
Date Entrée : 17-04-2023
Date Sortie : 17-04-2023

| | | | | | | | |
|--|----------------------|-------------|---------|-----------------------------------|------|--------|--|
| Médecin traitant : DR. CHU CHU | | | | Traitement : tumeur de l'épiphyse | | | |
| Qté | Prestations | Observation | Prix U. | L.C. | Coef | Total | |
| PRESTATIONS | | | | | | | |
| 1 | PRODUIT DE CONTRASTE | | 500,00 | | | 500,00 | |
| | | | | Total Rubrique : | | 500,00 | |
| PARTIE CLINIQUE : | | | | | | 500,00 | |
| PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES : | | | | | | 0,00 | |
| Arrêté la présente facture à la somme de : | | | | TOTAL GENERAL | | 500,00 | |

CINQ CENTS DIRHAMS
Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

Clinique JERRADA OASIS
Service de Radiologie
Casablanca
Tél : 05 22 39 37 48

Produit de contraste pour l'IRM.
Un ml de la solution injectable contient :
604,72 mg de gadobutrol,
Calcobutrol sodique, Trométamol,
l'acide chlorhydrique, eau ppi.
Flacon à dose unique. Stérile.
Maintenir hors de portée des enfants .
Après ouverture du flacon la durée de
conservation ne doit pas dépasser
24h entre 20 et 25°C.
Jeter toute portion de la solution
restante non utilisée.

Titulaire au Maroc:

Bayer S.A, Tour Ivoire 1 -3eme Etage
Bd Sidi Mohamed Ben Abdellah
Marina Casablanca.

AMM N° 126/19 DMP/21/NRQ

Fabriqué par:

Bayer AG, Allemagne

Détenteur de la D.E en Algérie/Fabricant :

Bayer AG, Kaiser-Wilhelm-Allee 1

51373 Leverkusen, Allemagne

N° de la décision d'enregistrement (D.E):

16/10/08A 069/424

Ga
1,
Gado
Solut

88311493
X

غادوفيست

1ملمول/مللتر

غادوبيترول

محلول للحقن

وسط تباين للتصوير بالرنين المغناطيسي
يحتوي كل 1 مللتر من محلول الحقن على:

604.72 مع من غادوبيترول

صوديوم كالكوبيترول، تروميتامول.

حمض هيدروكلوريك، ماء مخصص للحقن.

يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال.

عبوة ذات جرعة واحدة، معقمة.

بعد فتح العبوة مدة الحفظ لا يجب أن

تتعدى 24 ساعة بين 20 و 25°م.

يجب التخلص من كل المحلول المتبقى

الغير مستعمل للفحص.

Bayer



— 7,5 mL

— i.v.



— 7,5 mL

— i.v.



— 7,5 مللتر

— عن طريق الوريد

Gadovist®
1,0 mmol/ml



P.H : 392.00 DH
Bayer S.A

Gadobutrol
de solution injectable, Flacon de 7,5 ml

Gadovist®
1,0 mmol/ml
Gadobutrol
Solution injectable

Liste 1 1قائمة

احذروا الجرعة الموصوفة
Respecter la dose prescrite

Uniquement sur ordonnance

LOT

EXP

KT0F55T
06 2022

06.2025

FAB