

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

158498

## Déclaration de Maladie : № 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 :

Rue 2, N° 18d FOVARAT HAY LAMIA

Tél. :

0620991406

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 :

Le : 11/04/23

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue   | Date            | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|-----------------|------------------------------|------------------------|
| <br><i>17/04/23</i> | <i>17/04/23</i> | <i>PDC paup<br/>JRH</i>      | <i>500,00 dh</i>       |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## **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<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE |                  |             |                         |

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        | C        |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

#### **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# CLINIQUE JERRADA OASIS



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 :

Médecin traitant : DR . CHU CHU

### C. Débiteur

page 1/1

**Organisme : Payant**

ICE : Adresse :

**D. Période d'Hospitalisation**

Date Entrée : 17-04-2023

Date Sortie : 17-04-2023

Traitements : tumeur de l'épiphyse

| Qté   | Prestations          | Observation | Prix U. | L.C. | Coef | Total                       |
|---|----------------------|-------------|---------|------|------|-----------------------------|
| <b>PRESTATIONS</b>                                |                      |             |         |      |      |                             |
| 1   | PRODUIT DE CONTRASTE |             | 500,00  |      |      | 500,00                      |
| Total Rubrique :                                  |                      |             |         |      |      |                             |
| <b>PARTIE CLINIQUE :</b> 500,00                   |                      |             |         |      |      |                             |
| <b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b> 0,00 |                      |             |         |      |      |                             |
| Arrêté la présente facture à la somme de :        |                      |             |         |      |      |                             |
|   |                      |             |         |      |      | <b>TOTAL GENERAL</b> 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  
Tel : 05 22 99 37 48

1,0 mmol/ml  
Gadovist®



Bayer S.A.  
P.H. : 392,00 DH

Gadobutrol  
Gadovist 1,0 mmol/ml Flacon de 7,5 ml  
de solution injectable

## Gadovist® 1,0 mmol/ml

Gadobutrol  
Solution injectable

Liste 1 قائمة 1

احترموا الجرعة الموصوفة  
Respecter la dose prescrite

Uniquement sur ordonnance

88311493

X

غادوفيست®  
1مللور/مللتر

غادوبيرتول  
 محلول للحقن

وسيط تباين التصوير بالرنين المغناطيسي  
يحتوي كل 1 ملليلتر من محلول الحقن على:

604,72 مع من غادوبيرتول  
صوديوم كلرور بيكربونات، ماء مخصوص للحقن.

يحفظ بعيداً عن متناول الأطفال.  
عبوة ذات جرعة واحدة معقنة.

بعد فتح العبوة مدة الحفظ لا يجب أن  
تتعدى 24 ساعة بين 20 و 25°C.  
يجب التخلص من كل محلول المتبقى  
غير مستعمل للحقن.

Bayer

7.5 mL



— 7.5 mL  
— عن طريق الوريد  
— i.v.

Produit de contraste pour l'IRM.  
Un ml de la solution injectable contient:  
604,72 mg de gadobutrol,  
Calcium 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

— 7,5 mL  
— i.v.

— 7,5 mL  
— i.v.

LOT EXP  
KT0F55T 06.2025  
06 2022  
FAB