

## 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

M23-0019192

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1369 Société : Roatom  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : RIMAOUI RAHAL  
 Date de naissance : 1943  
 Adresse : Habituelle  
 Tél. : 0522 832440 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : RAHAL RIMAOUI Age:  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Infection  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :  
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiqué 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 : DEPOYA Le : 27/10/2024  
 Signature de l'adhérent(e) : RIMAOUI

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019



# 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
15/02/24		G		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE HAY RAJA</b> <b>Hicham ABOUTIKA</b> Docteur en Pharmacie 25 bis Av. des Palmiers Bc. Anoual Casablanca Tel 05 22 88 05 25	15/02/24	374,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

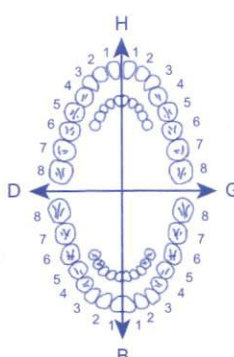
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

15/02/24

M. RITAOUI ANOUAL

187x2  
 374,00  
 (Examen)



**PHARMACIE HAY RAJA**  
 Hicham ABOUTIKA  
 Docteur en Pharmacie  
 25 bis Av. des Pleiades Bd Anoual  
 Hay Raja - Hermilane  
 Casablanca Tél: 05 22 86 05 25

PPV  
187.00



AMM N°: 100/19 DMP/21/MRO

كل عبوة إستعمال واحد.  
يحفظ في مكان درجة حرارته لا تتعدى  
30°C، يحفظ بعيداً عن الضوء ويحمى من  
الرطوبة. هذا الدواء يمكن حفظه مدة 3  
أشهر في مكان درجة حرارته 3°C.  
لا يترك على مائدة أو في مكان الأكل.  
اقرأ النشرة الداخلية قبل الإستعمال.

Pour 1 mL de solution : Iohexol 647 mg q.s.p  
300 mg d'Iode.  
Excipients : Trométamol, HCl, édétate calcique,  
eau P.P.L.  
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 +3°C.  
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.  
Lire attentivement la notice avant utilisation

1 مل يحوي ملي : أيوكسول 647 ملغ  
ك إ ل ن ل 300 ملغ يود  
البركات الأخرى : تروميئامول، حمض  
الهيدروكلوريك، إديتات الكالسيوم، ماء  
للحقن.

GE Healthcare



OMNIPAQUE™  
أومنيباك

300 mg I/ml  
ملغ يود/ملي

Solution injectable  
Iohexol

محلول للحقن  
أيوكسول  
1 x 50 ml

07-2026  
16553630  
1201828 MAR

OMNIPAQUE 300 mg I/ml IOHEXOL  
أومنيباك 300 ملغ يود/ملي أيوكسول

بشميل للحقن داخل أوربية أو Intravertébrale ou Intracortébrale

CE PRODUIT = GROSSERSE = DANGER  
هذا المنتج = خطير  
Ne pas utiliser chez la femme enceinte,  
soit en l'absence d'alternative thérapeutique  
لا يستعمل لدى المرأة الحامل إلا عند طلب علاج بديل

Respecter les doses prescrites.  
احرصوا بالجرعات الموصفة

Liste I  
المنشئ I  
Medicament soumis à prescription médicale  
Uniquement sur ordonnance  
دواء يقدم إلا على وصفة  
مضب طبر السجني  
Détenir de la DC :  
GE Healthcare AS  
Sønderhojvej 4320 Nydalen,  
NO-2401 Oslo, Norvège  
Distribué par : Cardiochem S.A. 14 rue  
21, Ouled elah, Bouadour, 27181 Carthage

1181932



PPV  
187.00



AMM N°: 100/19 DMP/21/MRO

كل مرة استعمال واحد.  
يحفظ في مكان درجة حرارة لا تتعدى  
30°C، يحفظ بعيداً عن الضوء ويحمى من  
الأشعة. هذا الدواء يمكن حفظه مدة 3  
أشهر في مكان درجة حرارته 3°C.  
لا يترك على مرأى أو في متناول الأطفال.  
اقرأ النشرة الداخلية قبل الاستعمال.

1 مل يحقوي ملي: إيوكسول 647 ملغ  
ك أن ت. ل. 300 ملغ يود  
البركات الأخرى: ثورميتامول، جيفن  
البيروكسوليك، إبيبات الكالسيوم، ماء  
للحقن.

Pour 1 mL de solution : Iohexol 647 mg q.s.p  
300 mg d'Iode.  
Excipients : Trométamol, HCl, édétate calcique,  
eau P.P.L.  
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 +3°C.  
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.  
Lire attentivement la notice avant utilisation

GE Healthcare



OMNIPAQUE™  
أومنيباك

300 mg I/ml  
ملغ يود/ملي

Solution injectable  
Iohexol

محلول للحقن  
إيوكسول  
1 x 50 ml

07-2026  
16553630  
1201828 MAR

OMNIPAQUE 300 mg I/ml Iohexol  
أومنيباك 300 ملغ يود/ملي إيوكسول

بشميل للحقن داخل أوربية أو intro-artérielle

CE PRODUIT = GROSSERSE = DANGER  
هذا المنتج = الخطر  
Ne pas utiliser chez la femme enceinte,  
soit en l'absence d'alternative thérapeutique  
لا يستعمل لدى المرأة الحامل إلا عند طلب علاج بديل

Respecter les doses prescrites.  
احرصوا بالجراس الواسطة

Liste I  
المنج  
Medicament soumis à prescription médicale  
Uniquement sur ordonnance  
دواء يقدم إلا على وصفة  
مضب طبر السجل:  
Détenir de la DC:  
GE Healthcare AS  
Box 4320 Nydalen,  
NO-2401 Oslo, Norvège  
Distribué par: Carpharma S.A. 14 rue  
21, Ouled elah, Bouadour, 27181 Carthage

1181932