

INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

AS :

vé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

servé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
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.

Biologie 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

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



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie : N° P19- 0014710

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9165 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HAJID EL ARBI Date de naissance : 01/01/57
Adresse : Haj Fath 5 - N° 29 Casa oulfa
Tél. : 0707 973098 Total des frais engagés : 1059,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

دكتور عبد العزيز الشرايبي
Dr. Abdelaziz CHRAIB
Maladies du Rein - Dialyse
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
36, Angle Av. L'Hermitage et Allée des Cassiopées - C.
Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18

Date de consultation : 08/08/2019
Nom et prénom du malade : Hajid EL Arbi Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : IRC + Diabète + HTA

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 : ACCUEIL Le : 08/08/2019
Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Actes des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
08/08/13	9	9	9	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/08/13	1059,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

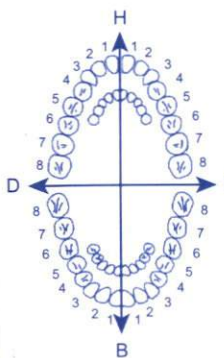
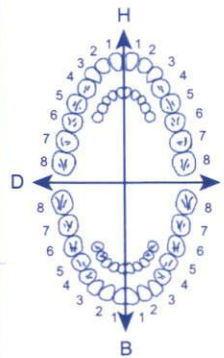
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

75,20

Venofer 100 mg/5mlSolution injectable ou concentré pour solution à perfuser
Boîte de 5 ampoules de 5 ml

P.P.V: 507,00DH 6 118001 210152

Distribué par FMC Pharma Afrique
Jardin d'entreprise de la technopole de Nouaceur
Pharmacie Responsable: Dr. Safa MAHMOUD

مركز تصفية الدم و أمراض الكلى عبد المومن

Maladies rénales • Hémodialyse • Lithiases rénales • Echographie • Biopsie rénale

Dr Abdelaziz CHRAIBIMaladies du Rein Dialyse
Diplômé de la Faculté
de Médecine de Paris

091042606

الدكتور عبد العزيز الشرايبي

أمراض الكلى - تصفية الدم
خريج كلية الطب بباريس

Casablanca, le : 08/08/2019

Mr Haïdy EP Arbi507,00 1- Venofer Injectable (01 Boîte)

1 amp + 1/5 semaine

75,20 2- Ampel 10 mg
14 le Soir185,60 3- Aprovasc 300 mg / 5 mg
14 le Matin4170 4- profenid 100 mg
1 suppt le Soir1000 5- on call plus
01 Boîte de 252500 6- on call plus
système de surveillance de la dialyse (1)

36, Angle Av. de l'Hermitage et Allée des Cassiopées - Casablanca -

Fax: 05 22 86 59 73 الفاكس Tél: 05 22 86 30 30 - 05 22 8

E-mail: azizchraibi055@gmail.com **URGENCES 24**

ICE : 001842645

Dr. Abdelaziz Chraibi
Diplômé de la Faculté
36, Angle Av. de l'Hermitage et Allée des Cassiopées - Casablanca -
Tél: 05 22 86 30 30 - 05 22 86 59 73Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P. 1.
Ain sebaa Casablanca

APROVASC 300mg/5mg B28

Cp Pel

PPV : 185,60 DH

6 118001 082049

A. CHRAIBI

Dialyse

Médecine de Paris

Casablanca - Cas

Tél: 05 22 86 30 30 - 05 22 86 59 73

4170

** PHARMACIE ANISSA **

DR MAHMOUD FARKHOJAT

312.I.LOTISSEMENT ZEUBIR CASABLANCA

Patente N°: 32971190

N° R.C. : 278286

Compte :

CNSS : 6068747

Id.Fiscale : 50805205

ICE : 000489860000021

Tél :

Le : 19/09/2019

Mr HAIDY EL ARBI

FACTURE : 24800 du : 19/09/2019

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	ON CALL PLUS KIT	150,00	150,00	0,00%
1	ON-CALL PLUS BANDELETTE 25	100,00	100,00	20,00%
Total TTC			250,00	

Arrêtée la présente facture à la somme de : **DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS**

	Taux	HT	TVA	TTC
0%Ar92	0,00	150,00	0,00	150,00
20.00%	20,00	83,33	16,67	100,00
		233,33	16,67	250,00





نظام مراقبة

On-Call Plus

REMBOURSE
par la
MUTUELLE

On-Call Plus

Système de Surveillance de la Glycémie

FIABLE

Pratique, Résultats Précis en 10 Secondes

COÛT ABORDABLE

Tester Fréquemment Permet d'Améliorer
le Contrôle de la Glycémie

MOINS DOULOUREUX

Très Petit Échantillon de Sang
Teste Sur l'Extrémité du Doigt ou
sur l'Avant-bras



Pour tester le taux de glucose dans le sang total.
A usage personnel et professionnel.



CE 0123



On-Call® Plus

Blood Glucose Test Strips

REF G133-118

Русский

Тест-полоски

Для определения глюкозы в цельной крови с использованием глюкометров On Call® Plus, On Call® EZ и On Call® EZ II.

Для самодиагностики и профессионального использования.

Упаковка содержит:

- 25 тест-полосок
- Кодовую пластинку
- Инструкцию-вкладыш

كرت الضمان

أشرطة الفحص

لفحص السكر في الدم الكامل باستخدام جهازي القياس

On Call® EZ II , On Call® EZ , On Call® Plus

لمراقبة السكر في الدم. للفحص الذاتي والاستخدام المهني.

المحتويات:

- 25-أشرطة الفحص
- رقيقة الكود
- نشرة الحزمة

On-Call® Plus

Blood Glucose Test Strips

25

For testing glucose in whole blood using the On Call® Plus, On Call® EZ and On Call® EZ II blood glucose meters. For self testing and professional use.

Contents:
25 Test Strips
Code Chip
Package Insert



0123