

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.

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.

Educateur :

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.

Orthodontaire :

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



Déclaration de Maladie

N° P19-053881

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5575 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite
Nom & Prénom : M^{re} CHAFI ABDELCAJIB
Date de naissance : 14-09-59
Adresse : 1 ETOUVAN
Tél. : 06 20 13 42 25 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 02/01/2020
Nom et prénom du malade : AZ ELARABE - CHAFI Age: 28ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : M + BÊTE
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 : CASABLANCA Le : / /
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-053881

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

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
Pharmacie TAM Bouhant Jaafar d Oued Sebou - Oulfa CASABLANCA Tel: 0522 90 18 99	01-02-2020	3537,90

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	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Client : AZ EL ARABE / CHATI

Facture N° 00105 /

Casablanca, le 02/01/2020

Pharmacie TAM
Dr. Bennani Jaafar
302, Bd Oued Sebou - Oulfa
CASABLANCA
Tél: 0522 90 18 89

Visa Direction

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Apidra 100U/ml, Inj b5 sty
P.P.V : 439,00 DH



6 118001 081639

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Lantus Solostar 100U/ml inj
b1 sty 3ml
P.P.V : 152,50 DH



6 118001 081608

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Lantus Solostar 100U/ml inj
b1 sty 3ml
P.P.V : 152,50 DH



6 118001 081608

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Lantus Solostar 100U/ml inj
b1 sty 3ml
P.P.V : 152,50 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Lantus Solostar 100U/ml inj
b1 sty 3ml
P.P.V : 152,50 DH



6 118001 081608

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Lantus Solostar 100U/ml Inj
b1 sty 3ml
P.P.V : 152,50 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Lantus Solostar 100U/ml inj
b1 sty 3ml
P.P.V : 152,50 DH



5 118001 081608

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Apidra 100U/ml, inj b1 sty
P.P.V : 98,40 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Apldra 100U/ml, inj b1 sty
P.P.V : 98,40 DH

6 118001 081622

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Apidra 100U/ml, Inj b1 sty
P.P.V: 98,40 DH
6 112001 081522

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Apidra 100U/ml, inj b1 sty
P.P.V: 98,40 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Apidra 100U/ml, inj b1 sty
P.P.V: 98,40 DH
6 118001 081622

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Apidra 100U/ml, inj b1 sty
P.P.V : 98,40 DH

6 118001 081623

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Apldra 100U/ml, inj b1 sty
P.P.V : 98,40 DH

6 118001 081622

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Apidra 100U/ml, inj b1 sty
P.P.V : 98,40 DH

6 118001 081622

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Apidra 100U/ml, inj b1 sty
P.P.V : 98,40 DH
118001 081622

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Apidra 100U/ml, inj b1 sty
P.P.V: 98,40 DH
6 118001 081622



MUPRAS

MUTUELLE DE PREVOYANCE &
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

le 09/11/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien	
Je soussigné:	D. TAZI OMAN
Certifie que M ^{lle} , M ^{me} , M:	CHAFI AZOL ARAB
Présente	Datule Lye 1
Nécessitant un traitement d'une durée de:	03 mois
Dont ci-joint l'ordonnance.....	
(A défaut noter le traitement prescrit).....	

(✓) : valable 3 mois

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tel : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52

É - mail : Mupras @ royalairmaroc.com

LYS PHARMA SARL AU

Casablanca le

02/01/2020

FACTURE N° 00 439.

AZELARABE/CHAFI

Quantité	Désignation	Prix unitaire	Prix total
11	APidra-sola star-	98,40	1082,40
07	Lantus-solo star	152,50	1067,50
06	Boites Bendettes	85,00	510,00
01	Boite Egnilla	75,00	75,00
01	Boite Apidra-solostar		439,00
Total de la facture s.t.d.s			3273,90
Trois mille deux cent quatre-vingt-trois et 90/100 HT			

Clearance Period	JAN-11/04		
Carrier	AH 124 AIR ALGERIE	<input checked="" type="checkbox"/> ICH Member	
Invoice No.	252	<input type="checkbox"/> Sample Billing	
Billing Category	PAX	Type of Invoice	Prime Billing
Invoice Date	24/02/2011	Receipt Date	06/04/2011
Total Amount	USD 6331.130		
Exchange Rate	1.00000000	Amount in USD	6331.130
Remarks			
Invoice Status	Open	>>	

For this Prime Billing Invoice Batches have not been captured in IBP1003 hence the fields(Invoice Date,Receipt Date,Total Amount,Exchange Rate,Amount in USD,Remarks) can be modified/corrected

BIONIME

Blood Glucose Test Strip

For *in vitro* diagnostic use
For self-testing and professional use

- Store between temperature 4°C and 30°C (39°F and 86°F)
- Do not freeze
- Read package insert before using
- Use within 3 months of opening strip vial
- Do not use if expiration date has passed
- Do not use if seals are broken
- Discard test strip properly after single use



Use with **Rightest™ GM300**

101-2G5300-1G2
EN

BIONIME

Blood Glucose Test Strip

Instruction of use GS300



1. Insert the strip into the socket on the top of the meter and wait for the information on the blood glucose meter LCD to appear.



2. After obtaining a blood sample on your finger, gently touch the tip of the strip in order for the blood sample to be absorbed.

Rightest™ GS300



BIONIME

Blood Glucose Test Strip

Features:

- User friendly design
- Only 1.4µL blood sample required
Less blood means less pain
- Noble metal Electrode Strip performs high Precision and Accuracy

BIONIME CORPORATION

No. 100, Sec. 2, Daqing St., South Dist.,
Taichung City 40242, Taiwan
Tel: +886 4 23692388
Fax: +886 4 22617586
<http://www.bionime.com>
E-mail: info@bionime.com



BIONIME GmbH

Tramstrasse 16, 9442 Berneck,
Switzerland
E-mail: info@bionime.ch



0197

BIONIME

Blood Glucose Test Strip



LOT

2020-11-19

211802103



BIONIME

Blood Glucose Test Strip

25 PCS (a vial of 25)



Noble Metal Electrode Strip
(Smart Code Key included)

Rightest™ GS300