

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Education :

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.

Optique :

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

Nº P19- 053881

NP : 25/08/24

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5575

Société : RAM

Actif Pensionné(e)

Autre : Retraité

Nom & Prénom : 1^{re} CHAFI ABDERACHID

Date de naissance : 04-09-59

Adresse : 1 ETAGE

Tél. : 06.20.13.42.23 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/01/2020

Nom et prénom du malade : AZ ELARABE - CHAFI Age: 68 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : M + BEBE

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 : 01/01/2020 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº 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 :

RELEVE 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 TAH Dr. Nabil Jaafar D'OUED SABOU - Ouled CASABLANCA TEL: 0522 96 18 99	01-02-2020	3537,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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.

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

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																	
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																	
				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'EXÉCUTION



PHARMACIE TAM

Client : AZELARAGE / CHAI

Facture N° 00105 / _____

Casablanca, le 01/01/2000

QUANTITE	DESIGNATION	P.U	TOTAL
11	APi mat - sola-star - 1 stylo -	98,40	1082,40
87	Lantus - sola-star - 1 stylo	152,50	1367,50
06	Boîtes bandlettes	85,00	510,00
2	Boîtes Apidraks Paquet de 5 stylos -	439,00	878,00
Arrêtée la Présente Facture à la somme de :		Total HT	3537,90
Trois-mille cinq-vingt-huit francs sept		TVA 20%	
Dr RHTAO 3.90 Cfr		Total TTC	3837,90

Arrêtée la Présente Facture à la somme de :

Arrêtée la Présente Facture à la somme de :
Trois-mille cinq-vingt-huit francs sept
Dr. Etat 3. 90 cts

Total HT

TVA 20%

Total TTC

Pharmacie TAM
Dr. Bismillah Jaafar
302, Bd Oued Sebou - Oujda
CASABLANCA
TAH 0522 80 18 88

Visa Direction

Ad : 302 Bd. Oued Sebou - El Oulfa - Casablanca - Tél : 0522 90 18 99 - Patente N° : 36007044

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 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



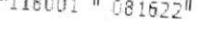
6 118001 081622

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



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



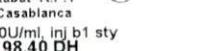
6 118001 081622

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



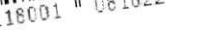
6 118001 081622

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



6 118001 081622



MUPRAS

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

le 02/01/2002

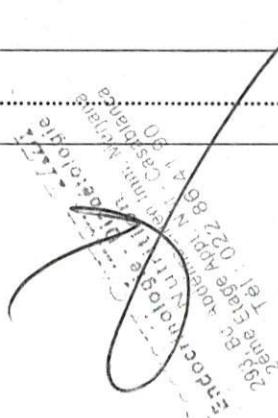
DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

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

A remplir par le praticien	
Je soussigné:	<i>S. TAHAR MAH</i>
Certifie que M ^{lle} , M ^{me} , M:	<i>CYAFI AZEL ARAHIS</i>
Présente	<i>Dante type 1</i>
Nécessitant un traitement d'une durée de:	<i>03 mois</i>
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

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

E - mail : Mupras @ royalairmaroc.com

LYS PHARMA SARL AU

Casablanca le 02/01/2020

FACTURE N° 00439 -

AZ EL ARABE / CHAFI

Quantité	Désignation	Prix unitaire	Prix total
11	APidex-sola star -	98,40	1082,40
07	Xantus - sola star	152,50	1067,50
06	Boîtes Bandlettes	85,00	510,00
01	Boîte Egrille	75,00	75,00
01	Boîte Apidex-sola star		439,00
Montant total de la facture est de			3273,90
Trois mille deux cent soixante trois DT			3
90 DHS			90

IBP1002 - Form 1 Entry

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 <input type="button" value=">>"/>		

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

EXPIRY

2020-11-19
LOT
2118C2103



BIONIME
Blood Glucose Test Strip

25 PCS (a vial of 25)



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

EC REP

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



0197

Noble Metal Electrode Strip
(Smart Code Key included)

Rightest™ GS300