

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.

Éducation :

- 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 |

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

51668

Déclaration de Maladie : N° P19-0004307

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	5575	Société :	R.A.M
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	—
Nom & Prénom :		Date de naissance :	
A. ECHAIFI / ABDELLAH		14-09-59	
Adresse :		Tél. : 06 22 1342 23	
		Total des frais engagés :	3464,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age: 28ans

Nature de la maladie :

DiABETE

Enfant

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 : 20/11/20

Signature de l'adhérent(e) :

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
Dr. Bannani Dr. Ched S.A.L. CA-ABLANTA 0522 00 18 00	20-11-20	34 667,00 CP 0522 00 18 00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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

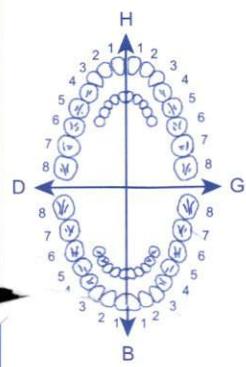
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE TAM

Client : AZ EL ARAHIB
CHEMISTE

Facture N° 00288

Casablanca, le 20.11.

QUANTITE	DESIGNATION	P.U	TOTAL
02	APÉdhat - paquet de 5 stylos -	439,00	878,00
04	Lampe paquet de 1 stylo	152,50	610,00
02	APÉdhat paquet de 1 stylo	98,40	196,80
10	Bandeslettes paquet de 100	160,00	1600,00
01	paquet d'aiguilles -	100,00	100,00
		5	5
Arrêtée la Présente Facture à la somme de :		Total HT	<u>3464,80</u>
Trois mille quatre cent quatre-vingt-quatre dirhams -		TVA 20%	<u>692,96</u>
		Total TTC	<u>3464,80</u>

PHARMACIE Visa Direction
Dr. Bennani Jaafar
302, Bd Oued Sebou - Oulfa
CASABLANCA
Tél: 0522 90 18 99



MUPRAS

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

le 90 / 11 / 2000

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

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

A remplir par le praticien

Je soussigné: J. TAHAR

Certifie que M^{lle}, M^{me}, M: CHAFI ATEL ARAB

Présente

Datant Jy 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

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



GM300 use with GS300

GS300



BIONIME

Blood Glucose Test Strip

50 PCS (2 vials of 25)



Noble Metal Electrode Strip (Smart Code Key included)

Rightest™ GS300



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
 - 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

101-2GS300-0MS
EN



GM300 use with GS300

GS300



BIONIME

Blood Glucose Test Strip

50 PCS (2 vials of 25)



Noble Metal Electrode Strip
(Smart Code Key included)

Rightest™ GS300



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
 - 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

101-2GS300-0MS
EN



GM300 use with GS300

GS300



BIONIME

Blood Glucose Test Strip

50 PCS (2 vials of 25)



Noble Metal Electrode Strip (Smart Code Key included)

Rightest™ GS300



Use with Rightest™ GM300

101-2GS300-0MS
EN



GM300 use with **GS300**

GS300



BIONIME

Blood Glucose Test Strip

50 PCS (2 vials of 25)



Noble Metal Electrode Strip (Smart Code Key included)

Rightest™ GS300



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
 - 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

101-2GS300-0MS
EN



GM300 use with GS300

GS300



BIONIME

Blood Glucose Test Strip

50 PCS (2 vials of 25)



Noble Metal Electrode Strip (Smart Code Key included)

Rightest™ GS300



Use with Rightest® GM300

101-2GS300-0MS
EN



GM300 use with GS300

GS300



BIONIME

Blood Glucose Test Strip

50 PCS (2 vials of 25)



Noble Metal Electrode Strip (Smart Code Key included)

Rightest™ GS300



Use with Rightest™ GM300

101-2GS300-0MS
EN



GM300 use with GS300

GS300



BIONIME

Blood Glucose Test Strip

50 PCS (2 vials of 25)



Noble Metal Electrode Strip (Smart Code Key included)

Rightest™ GS300



Use with Rightest™ GM300

101-2GS300-0MS
EN



GM300 use with GS300

GS300



BIONIME

Blood Glucose Test Strip

50 PCS (2 vials of 25)



Noble Metal Electrode Strip (Smart Code Key included)

Rightest™ GS300



Use with Rightest® GM300

101-2GS300-0M5
EN



GM300 use with GS300

GS300



BIONIME

Blood Glucose Test Strip

50 PCS (2 vials of 25)



Noble Metal Electrode Strip
(Smart Code Key included)

Rightest™ GS300



Use with Rightest® GM300

101-2GS300-0MS
EN



GM300 use with GS300

GS300



BIONIME

Blood Glucose Test Strip

50 PCS (2 vials of 25)



Noble Metal Electrode Strip (Smart Code Key included)

Rightest™ GS300



Use with Rightest™ GM300

101-2GS300-0MS
EN

DIABFINE®

AIGUILLES À USAGE UNIQUE

4 mm
32G

32G (0,23 mm) x 4 mm

Single sterilized and packaged
Single use only

Emballage individuel stérilisé
Usage unique

Einzel und steril verpackt
Nur zum einmaligen Gebrauch

Sterilizzato e confezionato singolo
Monouso



100 needles - 100 aiguilles - 100 Nadeln - 100 aghi

4 mm
32G

STERILE EO

Autotrait., aiguille stérile non réutilisable
pour stylo injecteur, boîte de 100



1138077



8809275581083

8



DIABFINE 32G(0.23)X4MM
R71443-R/0