

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 canaux, 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 canaux.

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



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

Déclaration de Maladie

M22- 0051609

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7697 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE
Nom & Prénom : ABDALLAH EL RHASSOULI
Date de naissance : 09/10/67
Adresse : HADJ FATH S N° 79 OULFA
CASA
Tél. : 067077 6263 Total des frais engagés : 7457,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : CASA


Le : 10 / 07 / 23

Signature de l'adhérent(e) :

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
	07 Janv 2023	1387,10 AH

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
		AM	PC	IM	IV	
	07/11/23	Bandelettes Bonim				70.000H

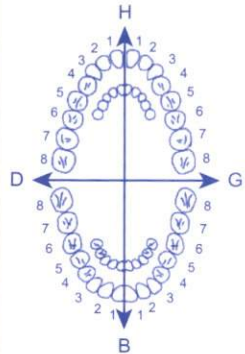
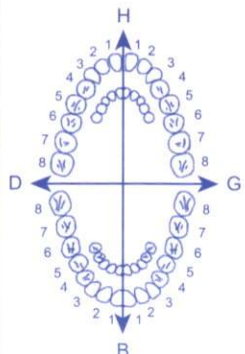
Boite de 25 x 1

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 canaux, 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"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<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>		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] 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

PHARMACIE HAJ FATEH

Docteur Meryem Tahri Joutei

Pharmacien Diplômé de la Faculté de Paris

Lot. Haj Fateh, N°520 Lissasfa

Casablanca - Tél./ Fax : 05 22 89 79 26

E-mail : pharmaciehajfateh@hotmail.fr

R.C : 277034 - Patente : 36209470

صيدلية الحاج فاتح

د. مريم الطاهري الجوطي

صيدلي مجاز من كلية باريس

تجزئة الحاج فاتح رقم 520

ليساسفة - البيضاء

ص.ت : 277034 - البثاننا : 36209470

ICE: 000489360000038

IMP/09202 3440

Casablanca le 07 Janv 2023 FACTURE N° 12.15/04-02-2023

A l'Attention de M^{re} EL KHASSOULI

Désignation	Quantité	Prix Unitaire	Total
Truline Novorapid	01	571,00	571,00
Lantus Solostar	01	744,00	744,00
Détensil	02	72,00	72,00

DÉTENSIL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

NovoRapid® FlexPen®
100 U/ml
Solution injectable
5 stylos pré-remplis de 3 ml
PPV : 571,00 DHS



118001 121304



Lantus®

100 Unites/ml

solution injectable e
insuline glargine

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.I.
Boite 20250 - Casablanca

LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5
P.P.V. : 744DH00



6 118001 081615

MONTANT TOTAL TTC

1387,00 DH



07 Janv 2023



LOT

2024-05-02

212260206

**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.

BIONIME

Blood Glucose Test Strip

Features:

- User friendly design.
- Only 1.4 μ L 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
Email: info@bionime.com
http://www.bionime.com

EC REP

Emergo Europe
Prinsessegracht 20
2514 AP The Hague
The Netherlands
Email: EmergoVigilance@ul.com



0197

GS300**BIONIME**

Blood Glucose Test Strip

25 PCS (a vial 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 at temperature 4 - 30°C (39 - 86°F) and RH 10 - 90% relative humidity
- 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**

101-2GS300-1Q0
EN

RIGHTEST™ GS300

7106271337964
Moroc Diabetes Plus
94 Abou Assati
Casablanca
Morocco



FACTURE N°:00486278

DÉSIGNATION	QTÉ	P.U	MONTANT
BENDELETTES BIONIME 25	1	70DH	70DH
<p>YES PARA SARL AU 61, Lalla Yacout Angele Mustapha El Maani 2 éme Etage N° 6 Casablanca - Tel : 0522 98 49 03</p>			