

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 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

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

N° W21-796527

Courrier

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3467

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SMIRI AHMED

Date de naissance : 01/01/1958

Adresse : Avenue Moulay Abdellah N° 11

Tél. : 061284325

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Age : 66

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète type II

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

23/9/2023

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-796527

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 : 3467

Nom de l'adhérent(e) : SMIRI AHMED

Total des frais engagés :


Date de dépôt :

15/11/2023

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/9/23	611,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOILET ADHERENT

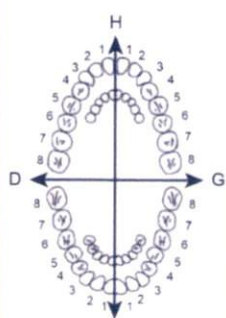
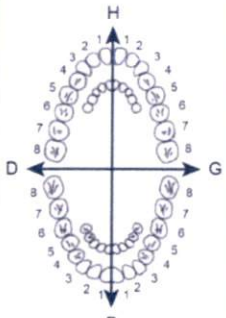
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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>H</td> <td>G</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>B</td> <td></td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	(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 UNIVERSELLE (Société KAMYANIS
PHARMA SARL AU) - Rabat**

Mounir KADIRI HASSANI

0808508679



Facture N° 20231115-576

Date de vente : 29/09/2023

Médecin traitant :

SAMRI AHMED

RABAT, Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
GLUCOPHAGE CO 850MG B60 COMP GM	6	45,20	Exonéré (0.00%)	271,20
ODIA CO 2MG B30 COMP	5	40,00	Exonéré (0.00%)	200,00
BIONIME BANDELETTES B50 REF GS 300	1	139,90	TVA (20.00%)	139,90

Total HT	587,78 DHS
TVA	23,32 DHS
Total	611,10 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : six cent onze DHS et dix centimes

PHARMACIE UNIVERSELLE
KAMYANIS PHARMA SARL
1, Avenue Allal Ben Abdallah - Rabat
Tél : 08 08 50 86 79
ICE : 002849918000083

IF : 50350464 TP : 25708469 RC : 153877 ICE : 002849918000083

Tel : 0808508679

Adresse : 1, avenue Allal Ben Abdallah, Rabat

Glucophage® 850 mg

Comprimé pelliculé



Chlorhydrate de metformine

Voie orale



45,20 84



60 Comprimés pelliculés

MERCK

Glucophage® 850 mg

Comprimé pelliculé



Chlorhydrate de metformine

Voie orale



45,20 84



60 Comprimés pelliculés

MERCK

Glucophage[®] 850 mg

Comprimé pelliculé

Chlorhydrate de metformine

Voie orale



45,20 84



60 Comprimés pelliculés

MERCK

Glucophage[®] 850 mg

Comprimé pelliculé

Chlorhydrate de metformine

Voie orale



45,20 84



60 Comprimés pelliculés

MERCK

Glucophage[®] 850 mg

Comprimé pelliculé

Chlorhydrate de metformine

Voie orale



45,20 84



60 Comprimés pelliculés

MERCK

Glucophage® 850 mg

Comprimé pelliculé



Chlorhydrate de metformine

Voie orale



45,20 84



60 Comprimés pelliculés

MERCK

LOT 230673 1
 EXP 02 2026
 PPV 40.00

Odia®

Glimépiride

2 mg

30 Comprimés

Voie orale



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT	APRÈS		



LOT 230673 1
 EXP 02 2026
 PPV 40.00

Odia®

Glimépiride

2mg



30 Comprimés
Voie orale

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT	APRÈS

LOT 230673 1
 EXP 02 2026
 PPV 40.00

Odia®

Glimépiride

2mg



30 Comprimés
Voie orale

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT	APRÈS

LOT 230673 1
 EXP 02 2026
 PPV 40.00

Odia®

Glimépiride

2mg



30 Comprimés
Voie orale

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT	APRÈS	

LOT 230673 1
 EXP 02 2026
 PPV 40.00

Odia®

Glimépiride

2 mg

30 Comprimés

Voie orale



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT	APRÈS	





4 710949 338558
Maroc Diabete Plus
94 Abou Assalt
Casablanca Morocco

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.



Instruction of use GS300

BIONIME
Blood Glucose Test Strip

GS300

GS300

BIONIME
Blood Glucose Test Strip



LOT

2024-10-18
2122B0307



BIONIME
Blood Glucose Test Strip

50 PCS (2 vials of 25)



Golden Electrode strip
(Smart Code Key included)
RIGHTEST™ GS300

BIONIME
Blood Glucose Test Strip

Features:

- User friendly design
- Only 1.4 µL blood sample required
- Less blood means less pain
- Golden Electrode strip
- Precision and Accuracy

BIONIME
No. 1
Taichung
Tel: +886
Fax: +886
Email: info@bionime.com
<http://www.bionime.com>

139.90

EC REP

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

CE
0197

EN
101-2GS300-1R2

Use with RIGHTEST™ GM300/GM110



- Store at temperature 4 - 30°C (39 - 86°F) and 10 - 90% RH
- 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

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

BIONIME
Blood Glucose Test Strip