

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 Aljal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aljal 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° W19-458101

Cœur

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) 23966			
Matricule : 321K			
Société : Royal Air Maroc			
<input type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)			
Nom & Prénom : Beljidi Zainab			
Date de naissance : 18/12/54			
Adresse : 200c 11 Avenue 39 cité Dakhla Agadir			
Tél. : 0661389556 Total des frais engagés : 2857.50 DHS			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
MUPRAS 06 MARS 2020	
Date de consultation : 06/12/2019	
Nom et prénom du malade : Beljidi Zainab	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	
<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : maladie de type 2	
En cas d'accident, préciser les causes et circonstances : maladie de type 2	
Dans le cas où la maladie avait 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 loi relative à la protection des données personnelles.
Fait à : **ACCUEIL** Le : **06/12/2019**

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-458101

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 : **321K**
Nom de l'adhérent(e) : **Beljidi Zainab**
Total des frais engagés : **2857.50 DHS**
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
dd/12 2019	c	c	100	INP : <i>oym6Rw0y</i> <i>f</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LOTFY  Dr. Lotfy Pharmacie 1, Rue EL Khouakhib Cite Dukhla - AGADIR Tél : 06 28 23 00 09	06/12/2019	2857,50 HT

042040346

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MÉDICAUX

VIOLET ADHESIVE

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

LEVE 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 l'ODF.

Dr .BOUKKADI Abdelilah

Médecine Générale
Diplômé de la faculté de Médecine

Diplômé de la faculté de Médecine
et C.H.U. Ibn Sina Rabat

D.U. en Diabétologie

Université Paris 13

Médecine de Travail

Echographie

Echographie

Médecin agréé pour la visite médicale

de permis de conduire

- Médecin expert -

الدكتور بقاضي عبد الله

الطب العام

خريج كلية الطب

والمراكز الاستشفائية ابن سينا بالرباط

دبلوم حامى فى علاج أمراض السكري

جامعة باريس 13

مطب الشغاف

Digitized by srujanika@gmail.com

طريق معيّن للفهم والطهارة

لخصة الساق

- ٦ -

1

عمارة البسيطة رقم 6 في السلام «فوق عجلات النجاح»

الهاتف : 05.28.22.96.43 / 06.67.69.71.33

Agadir, le : ٢٦/١٢/٢٠١٩ : أڭادير فی :

1: Belgisch Zuid

19.90 + 10
① Metformin 1000 (86%)
315

193.10 (2) Acetylid ~~DA~~ 100 mg a m a
N° 22545 PHARMACEUTIQUE LOI
de la France de 28-3-1908 /

36.70 N° 2255 D. Marie Long PHAN
D. Marie Long 60 Rue de la Paix
Tél. 02 48

780.00 + 3 147.1
④ Density One Ton Side per

45.20 ♂ Mycostes a/ -

~~43,50~~ Nyctsten if. Schi

Dr BOUKKADI Abdellah
OMNIPRACTICEN
Diabète - Hypertension
Imm. BSAH - Tel: 0528 75 06 21

ONETOUCH

~~Select® Plus~~

Bandelettes réactives

A utiliser avec les lecteurs de glycémie de la gamme OneTouch Select® Plus.

ONETOUCH

~~Select® Plus~~

Bandelettes réactives

~~Select® Plus~~

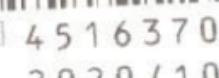
Tiras reactivas

~~Select® Plus~~

Bandes réactives



OT 4491259
2020/06



OT 4516370
2020/10

Revisar si los precintos están rotos o faltan.

LIFESCAN
ABRIR POR AQUÍ

AW 06948601A

OT 4491259
2020/06

Reviser si les pastilles de protection

son cassées ou manquantes.

OUVRIR ICI

المبتدئون مدين

عن قرصا ملبيسا 30

عن طريق الفم

عن طريق الفم

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

احترم الدواعي المعينة

Uniquement sur prescription médicale / Liste

لوجب وصفة طبية / لائحة ا

بحضور فقط بموجب وصفة طبية / لائحة ا

RESPECTER LES DOSES

المحاربين للمعيبة

Uniquement sur prescription

لوجب وصفة طبية / لائحة ا

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30

P.P.V : 19DH90



LOT : 9MA061
PER.: 01 2022

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30

P.P.V : 19DH90



LOT : 9MA064
PER.: 03 2022

MATIN / الصباح - HORAIRE /

MIDI / ظهر

SOR / الساد

REPAS / الوجبات

MATIN / الصباح - HORAIRES /

MIDI / ظهر

SOR / الساد

REPAS / الوجبات

المبتدئون مدين

عن طريق الفم 30 قرصا ملبيسا

عن طريق الفم

عن طريق الفم

RESPECTER LES DOSES
الماء / الماء
Uniquement sur prescription
لحب وصفة طبية / لائحة ا

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
احترم الدوائر المعينة
Uniquement sur prescription médicale / Liste
بحضور فقط بموجب وصفة طبية / لائحة ا

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30
P.P.V : 19DH90
LOT : 9MA061
PER.: 01 2022
O
6 118000 062141

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30
P.P.V : 19DH90
LOT : 9MA064
PER.: 03 2022
O
6 118000 062141

MATIN / الصباح - HORAIRE /

MIDI / ظهر -

SOIR / الليل -

REPAS / الوجبات -

MATIN / الصباح - POSOLOGIE /

MIDI /

SOIR /

REPAS /

المبتدئون مدين

عن قرصا ملبيسا 30

عن طريق الفم

عن طريق الفم

RESPECTER LES DOSES

الماء / الماء

Uniquement sur prescription
الحالات المرضية

Uniquement sur prescription médicale / Liste
احتياجات الماء

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

احترم الدواعي المعتبرة

بحضور فقط بموجب وصفة طبية / لائحة ا

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30

P.P.V : 19DH90



LOT : 9MA061
PER.: 01 2022

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30

P.P.V : 19DH90



LOT : 9MA064
PER.: 03 2022

MATIN / الصباح - HORAIRE /

MIDI / ظهر -

SOIR / الليل -

REPAS / الوجبات -

MATIN / الصباح - HORAIRES /

MIDI / ظهر -

SOIR / الليل -

REPAS / الوجبات -

المبتدئون مدين

عن قرصا ملبيسا 30

عن طريق الفم

عن طريق الفم

RESPECTER LES DOSES

الماء / الماء

Uniquement sur prescription
الحالات المرضية

Uniquement sur prescription médicale / Liste
احتياجات الماء

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

احترم الدواعي المعتبرة

بحضور فقط بموجب وصفة طبية / لائحة ا

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30

P.P.V : 19DH90



LOT : 9MA061
PER.: 01 2022

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30

P.P.V : 19DH90



LOT : 9MA064
PER.: 03 2022

MATIN / الصباح - HORAIRE /

MIDI / ظهر -

SOIR / الليل -

REPAS / الوجبات -

MATIN / الصباح - HORAIRES /

MIDI / ظهر -

SOIR / الليل -

REPAS / الوجبات -

المبتدئون مدين

عن قرصا ملبيسا 30

عن طريق الفم

عن طريق الفم

RESPECTER LES DOSES

الماء / الماء

Uniquement sur prescription
أحد هذه الدوادير المعينة

Uniquement sur prescription médicale / Liste
أحد هذه الدوادير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

احترم الدوادير المعينة

يصرف فقط بموجب وصفة طبية / لائحة
لحب وصفة طبية / لائحة

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30

P.P.V : 19DH90

6 118000 062141

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30

P.P.V : 19DH90

6 118000 062141

LOT : 9MA061
PER.: 01 2022

LOT : 9MA064
PER.: 03 2022

POSOLOGIE / - التناول / - HORAI

MATIN / الصباح

MIDI / ظهر

SOR / الساد

REPAS / الوجبات

POSOLOGIE / - التناول / - HORAIRES / - الملل

MATIN / الصباح

MIDI / ظهر

SOR / الساد

REPAS / الوجبات

MYCOSTER® 1%

Ciclopirroxolamine
Crème

MYCOSTER 1%
CRÈME T30G

P.P.V : 450H20



LOT : 9MA114
PER : 04 2022

30 g
TUBE

Pierre Fabre
Dermatologie



6



Solution 30 ml

MYCOSTER 1%

Rachid Lamri, Pharmacien Responsable

Casablanca - Maroc

quartier industriel, Zennata, Ain Sebaa
Km 10, route cotière 111,**maphar**

Pierre Fabre



جلاسي | جل جلادي | جلاسي | جلاسي

avant utilisation

Lire attentivement la notice interne

جلادي | جل جلادي | جل جلادي | جلادي

Tenir hors de la portée et de la vue des

434h

Pharmacie LOTFY - Adadir

© Khalil LOTFY

0528239009

Agadir



Facture N° 20200218-332

Mme BELIID ZAINA

Date de vente : 06/12/2019

Maroc

Médecin traitant :

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
ONE TOUCH SELECT BANDELETTES B100	3	780.00	TVA (20.00%)	1 2340.00

Total HT	1 950.00 DHS
TVA	390.00 DHS
Total	2 340,00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : deux mille trois cent quarante DHS

IF : 75757565 TP : 48140380 RC : 31010 ICE : 001710018000059
Tel : 0528239005