

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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

- Reclamation : 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° W19-458093

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **23967**

Matricule : **3218** Société : **Royal Air Maroc**

☒ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **Beljel Zanis**

Date de naissance : **18/12/54**

Adresse : **BOULEVARD 19 OCTOBRE DAKHLE**

Tél. : **0664389850** Total des frais engagés : **273260** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-458093

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 :

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
2020-1-2020	C		122	INF : 04662474

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/11/20	2732,60 dh

[illegible][illegible]

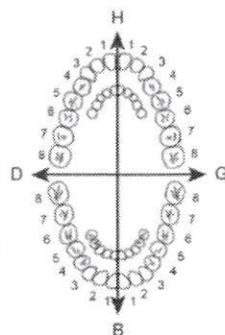
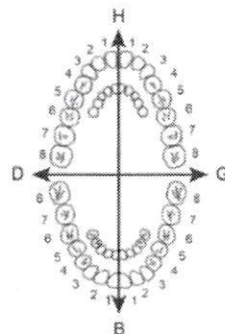
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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	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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession											
			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. BOUKKADI Abdelilah

Médecine Générale

Diplômé de la faculté de Médecine

et C.H.U. Ibn Sina Rabat

D.U. en Diabétologie

Université Paris 13

Médecine de Travail

Echographie

Médecin agréée pour la visite médicale

de permis de conduire

- Médecin expert -

Imm. El Bassita, N° 6 Hay Salam - Agadir -

Tél.: 05 28 22 96 43 - GSM : 06 67 69 71 33



الدكتور بقاضي عبد الإله

الطب العام

خريج كلية الطب

والمركز الإستشفائي ابن سينا بالرباط

دبلوم جامعي في علاج أمراض السكري

جامعة باريس 13

طب الشغل

الفحص بالصدى

طبيب معتمد للفحص الطبي

لرخصة السياقة

- خبير طبي -

عمارة البسيطة رقم 6 حي السلام «فوق عجلات النجاج»

الهاتف : 05.28.22.96.43 / 06.67.69.71.33

Agadir, le : 24/11/2020 في أكادير

Belj'id Zaid

19,90 x 10

N° 22542

36,70 x 4

50,90

58,40

30,50 x 3

45,00

780,00 x 3

232,60

① Metformine 850

② Anxial 6mg

③ levage crein

④ Salupus 2g

⑤ Insulin 2g

⑥ Zorno crein 5%

⑦ Baudouin ou Thel

PHARMACIE LOTFY
Khaïm Lotfy
Docteur en Pharmacie
44, Rue El Bassita N° 6 Hay Salam - Agadir
Tél.: 05 28 22 96 43
GSM : 06 67 69 71 33



Facture N° 20200218-501

Mme BELIID ZAINA

Date de vente : 24/01/2020

Maroc

Médecin traitant :

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
ONE TOUCH SELECT BANDELETTES B100	3	780,00	TVA (20.00%)	2 340,00

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

Pharmacie LOTFY
Khalil LOTFY
0528239009

ECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم المقادير المعينة

ment sur prescription médicale / Liste I
يصرف فقط بموجب وصفة طبية /

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30

P.P.V : 19DH90

LOT : 8MA059
PER.: 11 2021

6 118000 062141

الوصفات / HORAIRES - POSOLOGIE /

الوصفات

الوصفات

الوصفات

الوصفات

ECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم المقادير المعينة

ment sur prescription médicale / Liste I
يصرف فقط بموجب وصفة طبية /

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30

P.P.V : 19DH90

LOT : 8MA059
PER.: 11 2021

6 118000 062141

الوصفات / HORAIRES - POSOLOGIE /

الوصفات

الوصفات

الوصفات

الوصفات

ECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم المقادير المعينة

ment sur prescription médicale / Liste I
يصرف فقط بموجب وصفة طبية /

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30



P.P.V : 19DH90



6 118000 062141

LOT : 8MA059
PER.: 11 2021

البرقيات / HORAIRES - POSOLOGIE /

البرقيات

البرقيات

البرقيات

البرقيات

ECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم المقادير المعينة

ment sur prescription médicale / Liste I
يصرف فقط بموجب وصفة طبية /

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30



P.P.V : 19DH90



6 118000 062141

LOT : 8MA059
PER.: 11 2021

البرقيات / HORAIRES - POSOLOGIE / الدلائل

البرقيات

البرقيات

البرقيات

البرقيات

ECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم المقادير المعينة

ment sur prescription médicale / Liste I
يصرف فقط بموجب وصفة طبية /

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30



P.P.V : 19DH90



6 118000 062141

LOT : 8MA059

PER.: 11 2021

البرقيات / HORAIRES - POSOLOGIE /

البرقيات

البرقيات

البرقيات

البرقيات

ECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم المقادير المعينة

ment sur prescription médicale / Liste I
يصرف فقط بموجب وصفة طبية /

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30



P.P.V : 19DH90



6 118000 062141

LOT : 8MA059

PER.: 11 2021

البرقيات / HORAIRES - POSOLOGIE /

البرقيات

البرقيات

البرقيات

البرقيات

ECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم المقادير المعينة

ment sur prescription médicale / Liste I
يصرف فقط بموجب وصفة طبية /

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30



P.P.V : 19DH90



6 118000 062141

LOT : 8MA059

PER.: 11 2021

البرقيات / HORAIRES - POSOLOGIE / الدلائل

البرقيات

البرقيات

البرقيات

البرقيات

ECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم المقادير المعينة

ment sur prescription médicale / Liste I
يصرف فقط بموجب وصفة طبية /

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30

P.P.V : 19DH90

LOT : 8MA059
PER.: 11 2021

6 118000 062141

الوصفات / HORAIRES - POSOLOGIE /

الوصفات

الوصفات

الوصفات

الوصفات

ECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم المقادير المعينة

ment sur prescription médicale / Liste I
يصرف فقط بموجب وصفة طبية /

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30

P.P.V : 19DH90

LOT : 8MA059
PER.: 11 2021

6 118000 062141

الوصفات / HORAIRES - POSOLOGIE /

الوصفات

الوصفات

الوصفات

الوصفات

ECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم المقادير المعينة

ment sur prescription médicale / Liste I
يصرف فقط بموجب وصفة طبية /

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30

P.P.V : 19DH90

LOT : 8MA059
PER.: 11 2021

6 118000 062141

الوصفات / HORAIRES - POSOLOGIE /

الوصفات

الوصفات

الوصفات

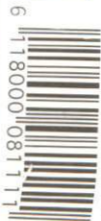
الوصفات

LOT 181777
EXP 11/2020
PPV 36.70DH

أنكسيول
برومازيبام
6مغ

30 قرصا قابلا
للكسر على أربع

ANXIOL® 6 mg ○
30 comprimés quadriséables



عن طريق الفم



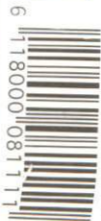
سبيماكو الماروك
SPIMACO MAROC

LOT 181777
EXP 11/2020
PPV 36.70DH

أنكسيول
برومازيبام
6مغ

30 قرصا قابلا
للكسر على أربع

ANXIOL® 6 mg ○
30 comprimés quadriséables



عن طريق الفم



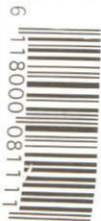
سبيماكو الماروك
SPIMACO MAROC

LOT 181777
EXP 11/2020
PPV 36.70DH

أنكسيول
برومازيبام
6مغ

30 قرصا قابلا
للكسر على أربع

ANXIOL® 6 mg ○
30 comprimés quadriséables



عن طريق الفم



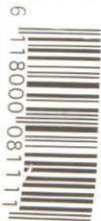
سبيماكو الماروك
SPIMACO MAROC

LOT 181777
EXP 11/2020
PPV 36.70DH

أنكسيول
برومازيبام
6مغ

30 قرصا قابلا
للكسر على أربع

ANXIOL® 6 mg ○
30 comprimés quadriséables



عن طريق الفم



سبيماكو الماروك
SPIMACO MAROC

**UPGRADE NOW! / METTRE
À NIVEAU MAINTENANT!**

ONE TOUCH Ultra®

100 Test Strips
Bandelettes de test

2 Vials of 50 Test Strips
2 Flacons de 50 Bandelettes de test

**Proven Accuracy
Précision éprouvée**

For blood glucose testing with the OneTouch Ultra® Family
of Meters and the OneTouch Ping® System

Pour l'analyse de la glycémie avec les lecteurs de la gamme
OneTouch Ultra® et le système OneTouch Ping®



ONE TOUCH
Ultra® Test Strips
Bandelettes de test



8 P.D. 04
780.00
T 4445964
EXP 01/2020

OPEN HERE • OUVRIR ICI

DO NOT USE IF GUMMED SEALS ARE BROKEN.
NE PAS UTILISER SI LES SCEAUX SONT ROMPUS.



AW 06858802A

2 Vials of 50 Test Strips
2 Flacons de 50
Bandelettes de test

**UPGRADE NOW! / METTRE
À NIVEAU MAINTENANT!**

ONE TOUCH Ultra®

100 Test Strips
Bandelettes de test

2 Vials of 50 Test Strips
2 Flacons de 50 Bandelettes de test

**Proven Accuracy
Précision éprouvée**

For blood glucose testing with the OneTouch Ultra® Family
of Meters and the OneTouch Ping® System

Pour l'analyse de la glycémie avec les lecteurs de la gamme
OneTouch Ultra® et le système OneTouch Ping®



ONE TOUCH
Ultra® Test Strips
Bandelettes de test



8 P.D. 04
780.00
T 4445964
EXP 01/2020

OPEN HERE • OUVRIR ICI

DO NOT USE IF GUMMED SEALS ARE BROKEN.
NE PAS UTILISER SI LES SCEAUX SONT ROMPUS.



AW 06858802A

2 Vials of 50 Test Strips
2 Flacons de 50
Bandelettes de test

**UPGRADE NOW! / METTRE
À NIVEAU MAINTENANT!**

ONE TOUCH Ultra®

100 Test Strips
Bandelettes de test

2 Vials of 50 Test Strips
2 Flacons de 50 Bandelettes de test

**Proven Accuracy
Précision éprouvée**

For blood glucose testing with the OneTouch Ultra® Family
of Meters and the OneTouch Ping® System

Pour l'analyse de la glycémie avec les lecteurs de la gamme
OneTouch Ultra® et le système OneTouch Ping®



ONE TOUCH
Ultra® Test Strips
Bandelettes de test



8 P.D. 04
780.00
T 4445964
EXP 01/2020

OPEN HERE • OUVRIR ICI

DO NOT USE IF GUMMED SEALS ARE BROKEN.
NE PAS UTILISER SI LES SCEAUX SONT ROMPUS.



AW 06858802A

2 Vials of 50 Test Strips
2 Flacons de 50
Bandelettes de test

881005 : ID

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 45,00 DH

6 118001 141548

58,40

Splupred 20mg

LOT : 9MA053
PER : 03 2021

PEVARYL 1%
CREME T30G

P.P.V : 60DH90

6 118000 012184

LOT : 19E033V
PER : 09 2024

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél

P.P.V : 30DH50

6 118000 010845

LOT : 19E031V
PER : 08 2024

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél

P.P.V : 30DH50

6 118000 010845

LOT : 9MA055
PER : 03 2024

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél

P.P.V : 30DH50

6 118000 010845