

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-449006



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricule : 1161

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : ESSAM LALI Mohammed

Date de naissance : 30 Juin 1950

Adresse : Pharmacie Sidi Ali 37 Alhima 99/10

Kay Chmaoui Sidi Toussa - Salé -

Tél. : 06 61 13 01 22

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

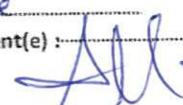
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Sale

Le : 19/08/2020

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
19 AOUT 2028	CD		300000	INP : 1111111111 10 M65959.
				<i>CD</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMÉE DE LA SANTE SIDI MOUSSA - SALE 3 ^e Immeuble HALIMA Télé : 05 37 88 45 60	20.8.2022	1268,00 Dt

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Centre de Biologie Montant des Honoraires
	28/07/2011	B93D	
Laboratoire d'Analyses Médicales et Spécialisées Tél: 0537.40.30.30 Fax: 0537.40.30.39			Laboratoire d'Analyses Médicales et Spécialisées Tél: 0537.40.30.30 Fax: 0537.40.30.36

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 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"/>								
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"/>								
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>G 00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	D 00000000	G 00000000	35533411	11433553	
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	D 00000000	G 00000000										
	35533411	11433553										
ACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												



Salé, le: 19 AOÛT 2020

الدكتورة يسمينة ليديدي
Docteur Lididi Yasmina
CARDIOLOGUE

~~PHARMACIE SEMLALI~~
 37, Imb HALIMAI
 N° 9 - SIDI MOUSSA - SALE
 Tél : 05 37 88 45 60

BOUALILA ep
ESS AMLALI Fatima

361,60 X 3
 Ex forage 51 160
1083,00 1 - 0 - 0 molt 3 mois

Extramag

1 - - 0 - 0 molt 3 mois

D-cure

1 ampoule molt 3 mois

185,00

Saflo 1B - 2g/50ml

1268,00

Dr LIDIDI Yasmina
Cardiologue
30, Av Mohamed V, Rz de chaussée N°31, Tabriket - Salé
Tél : 05 37 85 26 71 - N°PE 101 000

PHARMACIE SEMLALI
 37, Imb HALIMAI
 N° 9 - SIDI MOUSSA - SALE
 Tél : 05 37 88 45 60

Etiquette Inviolabilité

Cipla Maroc

SOR

MIDI

MATIN

DURÉE

7J



120 x

Suspension
pour inhalation
en flacon pressurisé

250 / 25g
Voie inhalée

Propionate de fluticasone
/ salmétérol

®

SAFLU

LOT: GB91602

PER: 08/2022

PPV: 185 DH 00

Cipla Maroc

EXFORGE® 5 mg/160 mg

Amlodipine/Valsartan

إكسفورج 160/5 مع
أملاوديبين / فالسارتان

28 comprimés pelliculés



Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants.

Conserver dans l'emballage original à température ambiante (15-25°C)
et à l'abri de l'humidité.

Veuillez consulter la notice d'emballage.

يحفظ بعيدا عن الأطفال

يحفظ في درجة حرارة معتدلة (15-25 درجة منوية)

بعيدا عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

Composition:

1 comprimé pelliculé contient:

Amlodipine 5 mg

Valsartan 160 mg

Excipients qsp un comprimé

يحتوي كل قرص مغلف على 5 ملغم من أملاوديبين و 160 ملغم من فالسارتان



611800103056 9

**EXFORGE
5mg/160mg**

28 comprimés pelliculés

PPV : 361.00 DH

Exforge® 5 mg/160 mg

28 comprimés pelliculés

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لائحة - يصرف فقط ب處 جب ، صفة طبية

EXFORGE® 5 mg/160 mg

Amlodipine/Valsartan

إكسفورج 160/5 مغ

أملوديبين / فالسارتان

28 comprimés pelliculés



Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants.

Conserver dans l'emballage original à température ambiante (15-25°C)
et à l'abri de l'humidité.

Veuillez consulter la notice d'emballage.

يحفظ بعيداً عن الأطفال

يحفظ في درجة حرارة معتدلة (15-25 درجة مئوية)

بعيداً عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

361.00 ₣

Composition:

1 comprimé pelliculé contient:

Amlodipine 5 mg

Valsartan 160 mg

Excipients qsp un comprimé

يحتوي كل قرص مغلف على 5 ملغم من أملوديبين و 160 ملغم من فالسارتان



Exforge® 5 mg/160 mg

28 comprimés pelliculés



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة
لانحة I - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

EXFORGE® 5 mg/160 mg

Amlodipine/Valsartan

28 comprimés pelliculés

إكسفورج 160/5 مغ
أملوديبين / فالسارتان

Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants.

Conserver dans l'emballage original à température ambiante (15-25°C)
et à l'abri de l'humidité.

Veuillez consulter la notice d'emballage.

يحفظ بعيداً عن الأطفال

يحفظ في درجة حرارة معتدلة (15-25 درجة مئوية)

بعيداً عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

Composition:

1 comprimé pelliculé contient:

Amlodipine 5 mg

Valsartan 160 mg

Excipients qsp un comprimé

يحتوي كل قرص مغلف على 5 ملг من أملوديبين و 160 ملг من فالسارتان



6118001030569

EXFORGE

5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361.00 DH

Exforge® 5 mg/160 mg

28 comprimés pelliculés

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لانحة ١ - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

3 أمبولات للشرب

د-كير® قوي

كوليكسيفيرول 100 000 وحدة دولية
فيتامين D3



محلول زيتى للشرب

PPV: 49,60 DH
LOT: 18K20/B
EXP: 11/2021

6 118001 320103

0

3

2

1

CENTRE DE BIOLOGIE AL WIFAK

Laboratoire d'Analyses Médicales et Spécialisées

Tél : 0537 40 30 30 – Fax : 0537 40 30 36 – Courrier électronique : contact@cbw.ma

Site web : www.cbw.ma

INPE -Professionnel



107163479

INPE -Etablissement



103061172

FACTURE N° : 200800745

TEMARA le 26-08-2020

Mme Fatima BOUALILA

N° de dossier : 2008260040

Date de l'examen : 26-08-2020

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	PRELEVEMENT SANGUIN	E25	E
URI	Prélèvement urinaire FLACON	E25	E
0106	Cholestérol total	B30	B
0110	Cholestérol HDL+ L D L	B80	B
0111	Créatinine	B30	B
0118	Glycémie	B30	B
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B
0134	Triglycérides	B60	B
0135	Urée	B30	B
0439	Vitamine D	B450	B
0484	Microalbumine de 24H par immunonephélemétrie	B120	B

Total des Bⁱ : 930

TOTAL DOSSIER : 970MAD

Arrêtée la présente facture à la somme de : neuf cent soixante-dix dirhams

Mode de paiement effectué :

Le B est un coefficient clef imposé par l'assurance maladie et affecté pour chaque analyse remboursée.

INFORMATION IMPORTANTE AUX PATIENTS : Si vous êtes titulaire d'une mutuelle ou assurance maladie, merci de déposer votre dossier mutuelle dans un délai ne dépassant pas 2 mois de la date de l'exécution des analyses médicales. Le changement ultérieur de date sur la facture, la feuille de mutuelle et le compte rendu par notre laboratoire ne pourra pas être effectué.

CACHET DU LABORATOIRE :



Complexe Médical Al Wifak (rdc), Lot°3214, Avenue Docteur Adbelkarim El Khateb

Quartier Al Wifak, Temara

CNSS : 4703022 – Patente : 279375 91 – IF : 35397934

ICE : 001798141000051

RIB : BMCI – 013 825 01243 00006400150 20



الدكتورة يسمينة ليديدي
Docteur Lididi Yasmina
CARDIOLOGUE

Salé, le: 19 AOUT 2020

Mme BOUAILA

ep ESSAMALI Fatima

- CR + HDL + LDL + TG.
- GAI + Hb A_{1c}
- Vit D.
- uree + creatinine
- malb en h.



CARDIOPATHIE CARDIOLOGIQUE

CENTRE DE BIOLOGIE
Mme BOUAILA-Fatima
28-03-1953 F
Barcode: 2008260040
Ordonnance

ORDO

Centre de Bioologie Al Wifaq
Dr. LIDIDI Yasmina
Centre de Bioologie Al Wifaq - Salé
Tél: 05 37 85 26 71 - Fax: 05 37 85 26 74
Email: yasminalididi@ymail.com



CABINET DE CARDIOLOGIE

Note d'honoraire :

N° 0667/2020

Je soussignée **Dr LIDIDI Yasmina**, cardiologue
certifie avoir encaissé la somme de 3 000 Dh
pour consultation
de la part de Mr/ Mme Bou ALILA Fadhma
Ce jour le 19/08/2020

IF:34527104
ICE: 001688507000020
INPE: 101165959
N° Patente: 29062654

الدكتورة ياسمينة ليديدي
Dr. LIDIDI Yasmina
Cardiologue
30 AV. MOULAY YOUSSEF, N° 31, Tabriquet - Sale
Tél.: 05 37 85 28 71 INPE: 101165959