

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

- 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 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



Déclaration de Maladie

N° W19-581915

ND 51822

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autre**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : Royal Air Maroc

Matricule : 3218 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ **Pensionné(e)** ☐ Autre : Belfid Zaina

Nom & Prénom : Belfid Zaina

Date de naissance : 18/12/54

Adresse : Blac E 114-39 cité Sakhle Agadi

Tél. : 0661389556 Total des frais engagés : 1424,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/12/2020

Nom et prénom du malade : Belfid Zaina

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète

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 : Agadi

Le : 01/12/2020

Signature de l'adhérent(e) : Zi

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-581915

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 : 3218

Nom de l'adhérent(e) : Belfid Zaina

Total des frais engagés : 1424,00 Dhs

Date de dépôt : 14/12/2020

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
01.12.2020			100,-	INP : 104162404

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LOTFY Khalil LOTFY Docteur en Pharmacie Rue El Kawakibi Cité Dakila AGADIR Tél. : 05 28 23 90 09	01/12/2020	1374,00 dh.

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET 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 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"> <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> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		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																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

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 agréé 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 النجاح»

الهاتف : 05 28 22 96 43 / 06 67 69 71 33

أكادير في : 2011/12/26

Dr. Boukkadi Abdelilah

① Metformin 850

② Actrapid

③ Nateglinide 850

④ Zovirax 800

⑤ Baudette 800

⑥ Imodium 40

300

PHARMACIE LOTFY
Khalil LOTFY
Docteur en Pharmacie
4, Rue El Kawakibi Cité Dakkha - AGADIR
Tél. : 05 28 22 96 09

Dr. BOUKKADI Abd
OMNI PRATICIEN
Diabétologie

Imm. Bassita - Hay Salam - Agadir

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

**Facture N° 20201207-346**Date de vente : 01/12/2020
Médecin traitant :**Mme beljed**

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
IONIME BANDELETTES GS 300 B50	5	135,00	TVA (20.00%)	675,00

Total HT	562,50 DHS
TVA	112,50 DHS
Total	675,00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : six cent soixante-quinze DHS

PHARMACIE LOTFY
KHALIL LOTFY
Docteur en Pharmacie
4, Rue El Kawakibi Cité Dakhla - AGADIR
Tél. : 05 28 23 90 09

إيموديوم[®] 2 ملغ

عن طريق الفم - 20 كبسولة

احترم المقادير الموصوفة

Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance - Liste II

يصرف فقط بموجب وصفة طبية . لائحة II

PER: 12 2024

LOT : 20E009

IMODIUM[®] 2MG GELULE
20 Gél



P.P.V. : 30DH50



... gélule(s)... fois/jour
pendant ... jours

JANSSEN-CILAG

Fabriqué sous licence par :
maphar

Km 10, route côtière 111
Quartier Industriel, Zenata
Aïn Sebaâ, Maroc

Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable

إيموديوم[®] 2 ملغ

عن طريق الفم - 20 كبسولة

احترم المقادير الموصوفة
Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance - Liste II
يصرف فقط بموجب وصفة طبية . لائحة II

PER: 12 2024

LOT : 20E009



P.P.V : 30DH50

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél



... gélule(s)... fois/jour
pendant ... jours

JANSSEN-CILAG

Fabriqué sous licence par :
maphar

Km 10, route côtière 111
Quartier Industriel, Zenata
Aïn Sebaâ, Maroc

Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable

إيموديوم[®] 2 ملغ

عن طريق الفم - 20 كبسولة

احترم المقادير الموصوفة
Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance - Liste II
يصرف فقط بموجب وصفة طبية . لائحة II

PER: 12 2024

LOT : 20E009



P.P.V : 30DH50

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél



... gélule(s)... fois/jour
pendant ... jours

JANSSEN-CILAG

Fabriqué sous licence par :
maphar

Km 10, route côtière 111
Quartier Industriel, Zenata
Aïn Sebaâ, Maroc

Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable

إيموديوم[®] 2 ملغ

عن طريق الفم - 20 كبسولة

احترم المقادير الموصوفة
Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance - Liste II
يصرف فقط بموجب وصفة طبية . لائحة II

PER: 12 2024

LOT : 20E009



P.P.V : 30DH50

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél



... gélule(s)... fois/jour
pendant ... jours

JANSSEN-CILAG

Fabriqué sous licence par :
maphar

Km 10, route côtière 111
Quartier Industriel, Zenata
Aïn Sebaâ, Maroc

Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable

إيموديوم[®] 2 ملغ

عن طريق الفم - 20 كبسولة

احترم المقادير الموصوفة

Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance - Liste II

يصرف فقط بموجب وصفة طبية . لائحة II

PER: 12 2024

LOT : 20E009

IMODIUM[®] 2MG GELULE
20 Gél



P.P.V : 30DH50



... gélule(s)... fois/jour
pendant ... jours

JANSSEN-CILAG

Fabriqué sous licence par :
maphar

Km 10, route côtière 111
Quartier Industriel, Zenata
Aïn Sebaâ, Maroc

Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable

إيموديوم[®] 2 ملغ

عن طريق الفم - 20 كبسولة

احترم المقادير الموصوفة

Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance - Liste II

يصرف فقط بموجب وصفة طبية . لائحة II

PER: 12 2024

LOT : 20E009

IMODIUM[®] 2MG GELULE
20 Gél



P.P.V. : 30DH50



... gélule(s)... fois/jour
pendant ... jours

JANSSEN-CILAG

Fabriqué sous licence par :

maphar

Km 10, route côtière 111

Quartier Industriel, Zenata

Aïn Sebaâ, Maroc

Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable

Zovirax® 5%
aciclovir
crème

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 45,00 DH
ID : 644654
6 118001 141548

Voie
cutanée



Zovirax® 5%
aciclovir
crème
tube de 2 g

المصنع / الانتباه / الحفظ:
Fab./Pér/lot:

03/2019
08/2021
JT6N115

100 ود/مل

10 مل
أكراترايد®
ADN

8-0201-73-230-1

Actrapid®
100U/ml
Solution injectable
Flacon de 10ml
PPV : 193 DH 10





GM300 use with
GS300

GS300

BIONIME

Blood Glucose Test Strip



2021-07-09

LOT

211980903



BIONIME

Blood Glucose Test Strip

50 PCS (2 vials of 25)



*87M.
135-204.*

Noble Metal Electrode Strip
(Smart Code Key included)

Rightest™ GS300



GM300 use with
GS300

GS300

BIONIME

Blood Glucose Test Strip



2021-07-09

LOT

211980903



BIONIME

Blood Glucose Test Strip

50 PCS (2 vials of 25)



*87M.
135-204.*

Noble Metal Electrode Strip
(Smart Code Key included)

Rightest™ GS300



GM300 use with
GS300

GS300

BIONIME

Blood Glucose Test Strip



LOT

2021-07-09

211980903



BIONIME

Blood Glucose Test Strip

50 PCS (2 vials of 25)



*87M.
135-204.*

Noble Metal Electrode Strip
(Smart Code Key included)

Rightest™ GS300



GM300 use with
GS300

GS300

BIONIME

Blood Glucose Test Strip



LOT

2021-07-09

211980903



BIONIME

Blood Glucose Test Strip

50 PCS (2 vials of 25)



*87M.
135-204.*

Noble Metal Electrode Strip
(Smart Code Key included)

Rightest™ GS300



GM300 use with
GS300

GS300

BIONIME

Blood Glucose Test Strip



LOT

2021-07-09

211980903



BIONIME

Blood Glucose Test Strip

50 PCS (2 vials of 25)



*87M.
135-204.*

Noble Metal Electrode Strip
(Smart Code Key included)

Rightest™ GS300



NATISPRAY 0,30mg
Solution (18ml)
BOTTU S.A PPV: 69DH30



NATISPRAY 0,30mg
Solution (18ml)
BOTTU S.A PPV: 69DH30



3400934307065



3400934307065



3400934307065
LOT 20001T
EXP 02/2023



34009343
LOT 1803
EXP 03/2

فيلدور مين وين®

مبلغ 1000

كوريدرات
الديتفورمين

30 قرصا ملبسا

عن طريق الفم

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم المقادير المعينة

Uniquement sur prescription médicale / Liste I
يصرف فقط بموجب وصفة طبية / لائحة I

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30

O

P.P.V : 19DH90

6 118000 062141

LOT : 20E040
PER.: 05 2023

الوقت / HORAIRES - الجدول / POSOLOGIE

MATIN / صباح

MIDI / ظهرا

SOIR / مساء

REPAS / الوجبات

فيلدور مين وين®

مبلغ 1000

كوريدرات
الديتفورمين

30 قرصا ملبسا

عن طريق الفم

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم المقادير المعينة

Uniquement sur prescription médicale / Liste I
يصرف فقط بموجب وصفة طبية / لائحة I

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30

O

P.P.V : 19DH90

6 118000 062141

LOT : 20E040
PER.: 05 2023

الوقت / HORAIRES - الجدول / POSOLOGIE

MATIN / صباح

MIDI / ظهرا

SOIR / مساء

REPAS / الوجبات

فيلدور مين وين®

مبلغ 1000

كوريدرات
الديتفورمين

30 قرصا ملبسا

عن طريق الفم

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم المقادير المعينة

Uniquement sur prescription médicale / Liste I
يصرف فقط بموجب وصفة طبية / لائحة I

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30

O

P.P.V : 19DH90

6 118000 062141

LOT : 20E040
PER.: 05 2023

الوقت / HORAIRES - الجدول / POSOLOGIE

MATIN / صباح

MIDI / ظهرا

SOIR / مساء

REPAS / الوجبات

فيلدور مين وين®

مبلغ 1000

كوريدرات
الديتفورمين

30 قرصا ملبسا

عن طريق الفم

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم المقادير المعينة

Uniquement sur prescription médicale / Liste I
يصرف فقط بموجب وصفة طبية / لائحة I

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30

O

P.P.V : 19DH90



LOT : 20E040
PER.: 05 2023

الوقت / HORAIRES - الجدول / POSOLOGIE

الصباح / MATIN

الغدا / MIDI

المساء / SOIR

الوجبات / REPAS

فيلدور مين وين®

مبلغ 1000

كوريدرات
الديتفورمين

30 قرصا ملبسا

عن طريق الفم

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم المقادير المعينة

Uniquement sur prescription médicale / Liste I
يصرف فقط بموجب وصفة طبية / لائحة I

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30

O

P.P.V : 19DH90

6 118000 062141

LOT : 20E040
PER.: 05 2023

الوقت / HORAIRES - الجدول / POSOLOGIE

MATIN / صباح

MIDI / ظهرا

SOIR / مساء

REPAS / الوجبات

فيلدور مين وين®

مبلغ 1000

كوريدرات
الديتفورمين

30 قرصا ملبسا

عن طريق الفم

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم المقادير المعينة

Uniquement sur prescription médicale / Liste I
يصرف فقط بموجب وصفة طبية / لائحة I

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30

O

P.P.V : 19DH90

6 118000 062141

LOT : 20E040
PER.: 05 2023

الوقت / HORAIRES - الجدول / POSOLOGIE

MATIN / صباح

MIDI / ظهرا

SOIR / مساء

REPAS / الوجبات

فيلدور مين وين®

مبلغ 1000

كوريدرات
الديتفورمين

30 قرصا ملبسا

عن طريق الفم

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم المقادير المعينة

Uniquement sur prescription médicale / Liste I
يصرف فقط بموجب وصفة طبية / لائحة I

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30

O

P.P.V : 19DH90

6 118000 062141

LOT : 20E040
PER.: 05 2023

الوقت / HORAIRES - الجدول / POSOLOGIE

MATIN / صباح

MIDI / ظهرا

SOIR / مساء

REPAS / الوجبات