

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.

N° W19-581915

ND: 51822

Optique

Autre

Royal Air Maroc

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

3218

Société :

Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Belfjod Zainab

Date de naissance :

18/12/34

Adresse :

Blouk 114-39 cité Sabkha Agadil

Tél. :

066.13.89556

Total des frais engagés : 1424.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même
Belfjod Zainab

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 :

Le : 01/12/2020

Signature de l'adhérent(e):

BZ

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) : Belfjod Zainab
Total des frais engagés : 1424.00 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
01.12 2020	C	01	100,-	INP : 1041624104 Dr. SOUKKAD Abdeliahan OMNIPRATICIEN

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LOTFI Khalil LOTFI Docteur en Pharmacie Rue El Kawakibh Cité Dakila AGADIR Tél. : 05 28 23 90 09	01/12/2020	1324,00 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

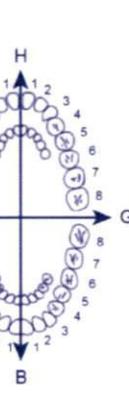
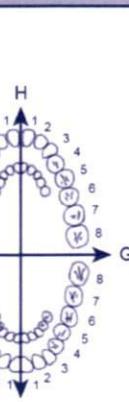
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

BELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODDF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
					CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
					DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>										
					FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>										
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE													
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">-----</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	-----		00000000 35533411	00000000 11433553	B		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	G														
25533412 00000000	21433552 00000000														

00000000 35533411	00000000 11433553														
B															
		<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
					DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Khalil LOTFY

0528239009

, Agadir

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. لانحة II

PER: 12 2024

LOT: 20E009



9 118999910845

P.P.V : 300H50

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. لانحة II

PER: 12 2024

LOT: 20E009



9 118999910845

P.P.V : 300H50

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. لانحة II

PER: 12 2024

LOT: 20E009



9 118000910845

P.P.V : 300H50

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. لانحة II

PER: 12 2024

LOT: 20E009



9 118999910845

P.P.V : 300H50

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. لانحة II

PER: 12 2024

LOT: 20E009



9 118999910845

P.P.V : 300H50

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. لانحة II

PER: 12 2024

LOT: 20E009



9 118999910845

P.P.V : 300H50

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

~~Zovirax® 5%~~

~~aciclovir~~

crème

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 45.00 DH
ID: 644634
9 118001 141548

Voie
cutanée



GlaxoSmithKline



6 118001 120185

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

1-02010-73-230-8

03/2019 100

Novo Nordisk®

Fabriqué/lot:

03/2019
08/2021
J16N15



GM300 use with **GS300**

GS300

BIONIME

Blood Glucose Test Strip



2021-07-09



211980903



BIONIME
Blood Glucose Test Strip

50 PCS (2 vials of 25)



Noble Metal Electrode Strip (Smart Code Key included)

Rightest™ GS300



GM300 use with GS300

GS300

BIONIME

Blood Glucose Test Strip



2021-07-09



211980903



BIONIME
Blood Glucose Test Strip

50 PCS (2 vials of 25)



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)



87 M.
135-324.

Noble Metal Electrode Strip
(Smart Code Key included)

Rightest™ GS300



GM300 use with **GS300**

GS300

BIONIME

Blood Glucose Test Strip



2021-07-09



211980903



BIONIME
Blood Glucose Test Strip

50 PCS (2 vials of 25)



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)



87 M.
135-324.

Noble Metal Electrode Strip
(Smart Code Key included)

Rightest™ GS300

6 118001 040148

NATISPRAY 0,30mg

Solution (18ml)

BOTTU S.A PPV: 69DH30

6 118001 040148

NATISPRAY 0,30mg

Solution (18ml)

BOTTU S.A PPV: 69DH30

3400934307065

3400934307065

3400934307065
LOT 20001T
EXP 02/2023



34009343
LOT 1803
EXP 03/2



ميغور ميدين وين®

مكربيدراط
1000 ملليلتر

الميغور ميدين

30 قرصا ملبيسا

عن طريق الفم

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم الدosis

Uniquement sur prescription médicale / Liste I

يصرف فقط بمرجع وصفة طبية / لانحة ا

O

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL 830

P.P.V : 19DH90



6 118000 062141

LOT : 20E040
PER.: 05 2023

الجرعات / HORMANNES - المتربر / POSOLOGIE

مام / مساعدة

درار / مون

سور / مون

REPAS / فوجي

ميغور ميغرين وين®

مكربيدراط
1000 ملليلتر

الميغور ميغرين

30 قرصاً ملبيساً

عن طريق الفم

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
احترم الدoses المقدمة

Uniquement sur prescription médicale / Liste I

يصرف فقط بمرجع وصفة طبية / لانحنة ا

O

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL 830

P.P.V : 19DH90



6 118000 062141

LOT : 20E040
PER.: 05 2023

الجرعات / HORMANNES - المتربر /

مام / مساعدة

درار / مون

سور / مون

REPAS / فوجي

ميغور ميغرين وين®

مكربيدراط
1000 ملليلتر

الميغور ميغرين

30 قرصاً ملبيساً

عن طريق الفم

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
احترم الدoses المقدمة

Uniquement sur prescription médicale / Liste I

يصرف فقط بمرجع وصفة طبية / لانحنة ا

O

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL 830

P.P.V : 19DH90



6 118000 062141

LOT : 20E040
PER.: 05 2023

الجرعات / HORMANNES - المتربر /
دواء / مهنة / مهنة /

SOOR / دسر /
REPAS / فوجندا /

ميغور ميغرين وين®

مكربيدراط
الميغور ميغرين
1000 ملليلتر

30 قرصاً ملبيساً

عن طريق الفم

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
احترم الدoses المقدمة

Uniquement sur prescription médicale / Liste I

يصرف فقط بمرجع وصفة طبية / لانحنة ا

O

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL 830

P.P.V : 19DH90



6 118000 062141

LOT : 20E040
PER.: 05 2023

الجرعات / HORMANNES - المتربر -

مام / مساعدة

درار / مون

سور / مون

REPAS / فوجي

ميغور ميغرين وين®

مكربيدراط
1000 ملليلتر

الميغور ميغرين

30 قرصاً ملبيساً

عن طريق الفم

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
احترم الدoses المقدمة

Uniquement sur prescription médicale / Liste I

يصرف فقط بمرجع وصفة طبية / لانحنة ا

O

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL 830

P.P.V : 19DH90



6 118000 062141

LOT : 20E040
PER.: 05 2023

الجرعات / HORMANNES - المتربر /

مام / مساعدة

درار / مون

سور / مون

REPAS / فوجي

ميغور ميغرين وين®

مكربيدراط
الميغور ميغرين
1000 ملليلتر

30 قرصاً ملبيساً

عن طريق الفم

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
احترم الدoses المقدمة

Uniquement sur prescription médicale / Liste I

يصرف فقط بمرجع وصفة طبية / لانحنة ا

O

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL 830

P.P.V : 19DH90



6 118000 062141

LOT : 20E040
PER.: 05 2023

الجرعات / HORMANNES - المتربر -

مام / مساعدة

درار / مون

سور / مون

REPAS / فوجي

ميغور ميغرين وين®

مكربيدراط
1000 ملليلتر

الميغور ميغرين

30 قرصاً ملبيساً

عن طريق الفم

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
احترم الدoses المقدمة

Uniquement sur prescription médicale / Liste I

يصرف فقط بمرجع وصفة طبية / لانحنة ا

O

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL 830

P.P.V : 19DH90



6 118000 062141

LOT : 20E040
PER.: 05 2023

الجرعات / HORMANNES - المتربر / POSOLOGIE

مام / مساعدة / مام

درار / مام

سر / مام

REPAS / مام