

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

- 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.

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° D W19-581937

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3218 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Beljid Zaima
 Date de naissance : 18/02/54
 Adresse : Maroc 11 N. 39 wte Dabulq
 Tél. : 0661389556 Total des frais engagés : 86467777 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.

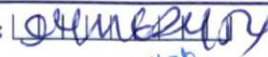
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

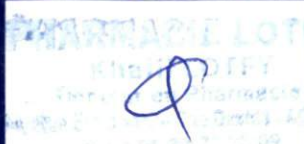
Le : 02/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 02-04-2011 | C | | 122 | INP :  Dr. BOUKKADI Abdelilah Dentiste OMNIPRATICIEN Rég. M. 6 Hay Salam Bordj 35000 Algérie |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 02/04/11 | 764 60 dhs |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

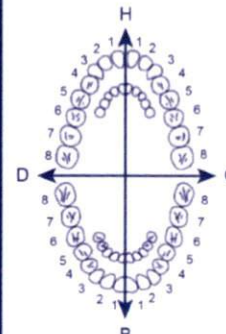
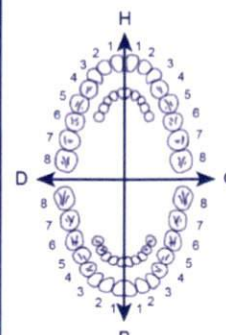
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |

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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 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

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 النجاج»

الهاتف : 05.28.22.96.43 / 06.67.69.71.33

Agadir, le : 02/04/2021 أكادير في :

Bel'ad Zaoui

193.10
72.00
79.70.
65.10
15.30 x 2
19.90 x 4
41.70 x 3
30.00 x 6
76 x 60
① Actrapid 20v

② Detenil 10v 14v 10v

③ Ag 10v 14v

④ Ultralene 20v 14v 10v

⑤ LHC 14v

⑥ Nefin 14v 10v 14v

⑦ Belad 20v 14v 10v

⑧ Semper

PHARMACIE LOTFY
Khalil LOTFY
Docteur en Pharmacie
4, Rue El Kaval, Cds Dahils - AGADIR
Tél : 05 28 22 96 43

Dr. BOUKKADI Abdelilah
DIABÉTOLOGIE
Imm. El Bassita N° 6, Hay Salam
Tél : 05 28 22 96 43 - GSM : 06 67 69 71 33

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30
LOT : 20E049
PER.: 08 2023
P.P.V : 19DH90
6 118000 062141

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30
LOT : 20E049
PER.: 08 2023
P.P.V : 19DH90
6 118000 062141

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30
LOT : 20E049
PER.: 08 2023
P.P.V : 19DH90
6 118000 062141

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30
LOT : 20E075
PER.: 11 2023
P.P.V : 19DH90
6 118000 062141

Actrapid®
100U/ml
Solution injectable
Flacon de 10ml
PPV : 193 DH 10
1-020101-230-73-73-1020-8
6 118001 120185

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables
LOT : 7862160236
6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

Vita C 1000®

PPV 15DH30
EXP 09/2023
LOT 09030

Vita C 1000®

PPV 15DH30
EXP 12/2023
LOT 0D0511

 **AZIX[®]**

Azithromycine

500 mg

Voie orale

PPV: 79DH70

PER: 10/23

LOT: J2783

3 Comprimés
séables



b

bottu s.a. ^o
82, Allée des Casuarinas - Aïn Sebâa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable



FELDENE®

20mg

PIROXICAM

10 COMPRIMÉS Dispersibles

FELDENE® 20mg 

10 COMPRIMÉS Dispersibles



6 118000 250616



FELDENE®

20mg PIROXICAM
10 COMPRIMÉS Dispersibles

UT. AV. : 0 4 2 0 2 2

LOT N : 1 2 7 4 2 9

P.P.V. :

44470



FELDENE®

20mg

PIROXICAM

10 COMPRIMÉS Dispersibles

FELDENE® 20mg 

10 COMPRIMÉS Dispersibles



6 118000 250616



FELDENE®

20mg PIROXICAM
10 COMPRIMÉS Dispersibles

UT. AV. : 0 4 2 0 2 2

LOT N : 1 2 7 4 2 9

P.P.V. :

44470



FELDENE®

20mg

PIROXICAM

10 COMPRIMÉS Dispersibles

FELDENE® 20mg 

10 COMPRIMÉS Dispersibles



6 118000 250616



FELDENE®

20mg PIROXICAM
10 COMPRIMÉS Dispersibles

UT. AV. : 0 4 2 0 2 2

LOT N : 1 2 7 4 2 9

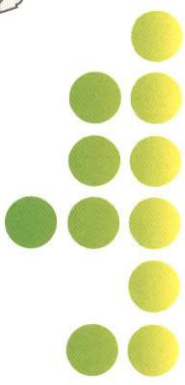
P.P.V. :

44470

Composition : *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745 250 mg - Lactose
- Stéarate de Magnésium - Gélatine - dioxyde de titane (E171).
Délivrance libre. Avaler la gélule avec un peu d'eau. A conserver à
température ambiante (15-25°C).
A conserver hors de la portée et de la vue des enfants. Des mesures
particulières concernent les patients porteurs d'un cathéter
veineux central (voir la notice). Excipient à effet notoire : lactose.
Mode et voie d'administration : lire la notice avant utilisation.
Fabricant : Biocodex - 1 avenue Blaise Pascal - 60000 Beauvais -
France
AMM N° 413 / 17 DMP / 21 / NCF
BIOCODEX Maroc Technopole Aéroport MV B.P.126 Nouaceur
Casablanca - Maroc. G. OUAJOU, Pharmacien Responsable

ULTRA-LEVURE®

Saccharomyces boulardii **CNCM I-745**



20 Gélules
250 mg



BIOCODEX

EXP. :
صلاح لغاية

Fab :
صنع

LOT :
مجموعة

630 03 2020 03 2023
BIOCODEX MAROC PPV 65.10 DH