

ECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ons générales :

cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 054 88

Société : 83354

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENBOUTIA Mohamed

Date de naissance :

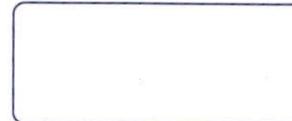
Adresse :

Tél : 06 61 61 81 89

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Wila Age :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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.

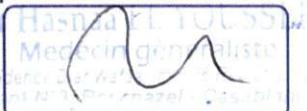
Adresses Mails utiles

- 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° W19-454760

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>05478</u> Société : <u>RAM</u>			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre : <u>BEN BOUHID Mohamed</u>			
Nom & Prénom : <u>BEN BOUHID Mohamed</u>			
Date de naissance : <u>09/05/1966</u>			
Adresse : <u>A. fit</u>			
Tél. : <u>0666 87 79</u> Total des frais engagés : <u>100.514.28,50 + 810,00 Dhs</u>			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 <u>Dr. Hasna EL TOUSSI</u> Médecin généraliste RAM			
Date de consultation : <u>07/08/2021</u>			
Nom et prénom du malade : <u>Jamil Abdellah laita stas</u> Age : <u>54</u>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>Diabète, HTA, colopathie, dyslipidémie</u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>maladie</u>			
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 : RAM Le : 13/08/2021
 Signature de l'adhérent(e) : lucky

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie N° W19-454760	
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 : <u>05478</u>	
Nom de l'adhérent(e) : <u>lucky</u>	
Total des frais engagés : <u>100.514.28,50 + 810,00 Dhs</u>	
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
07/08/2021	Opérations	150/00		INP : 091178732 Bournaez El YOUSSEFI Résidence Dar Nabi Idriss Bournaez El YOUSSEFI Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ACH-CHARAF	07/08/2021	14 88,90
Bouchara TAODI	07/08/2021	810,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE ACH-CHARAF			
Hay Inara			
Tel. 0524 40 00 09			

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DATE DU DEVIS []
				DATE DE L'EXECUTION []

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Hasnâa EL YOUSSEFI

Médecine Générale

D.U. Gynécologie Médicale de L'ULP de Strasbourg

D.U. Diabétologie de l'UM 1 de Montpellier

D.U. Diététique Médicale de l'UM 1 de Montpellier

D.U. d'Echographie Générale



الدكتورة حسناء اليوسفي

الطب العام

شهادة جامعية في طب النساء من جامعة ستراسبورغ

شهادة جامعية في داء السكري من جامعة مونبليي

شهادة جامعية في التغذية الطبية من جامعة مونبليي

شهادة جامعية في الفحص بالصدى

Residence Diar Wafaa
Dior Wafaa - Casablanca
Casablanca Tel : 05 22 71 84 83

07/08/2022

مبلغ جمال الدين بila

$$563,00 \times 2 = 1126,00$$

16) Poloxifla 10ug CP



78,70

27) Midamidon 600mg



$$25,10 \times 2 = 50,20$$

39) Ipradol 1g CP



37,80

40) Seccral 800g



68,60

59) Efpant 40g



1023h

PHARMACIE ACHOURI
Dr. Bouhra Achouri
Coopérative El-Charaf, N° DM2,
Inara, Haddaouia - CAS,

Dr. Hasnâa EL YOUSSEFI
Médecin généraliste
Résidence Diar Wafaa, Imm 36 Rez de Chaussée
Appt N°3 Bournazel - Casablanca
Tél : 05 22 71 84 83

إقامة ديار الوفاء، عمارة 36 الطابق الأرضي، شقة 3، بورنازيل، - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 71 84 83

Résidence Diar Wafaa, Imm 36, Rez de Chaussée, Appt N°3 Bournazel - Casablanca - Tél : 05 22 71 84 83

30,00

60) Nodol fen 400 sp

tp 26g

97,60

si

79 Nodol 20g CP
tp le group de 3 bouteilles

si

PHARMACIE ACH-CHARAF

Dr. Bouchra TAOUDI

Coopérative A.Ch-Charaf, N° DM2

Hay Inara, Haddacuia - Casablanca

T.S.I : 05 22 21 60

1488,90

Maphar
Km 10, Route Côtier 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Forxiga 10 mg cp pell b28
P.P.V : 563,00 DH

6 118001 185023

Dr. Hassan
Medecin
Rue Moulay Ismaïl, Casablanca
T.S.I : 05 22 21 60
Coopérative A.Ch-Charaf, N° DM2
Hay Inara, Haddacuia - Casablanca
T.S.I : 05 22 21 60

98,70

Maphar
Km 10, Route Côtier 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Forxiga 10 mg cp pell b28
P.P.V : 563,00 DH

6 118001 185023

PHARMACIE ACH-CHARAF
Dr. Bouchra TAOUDI
Coopérative A.Ch-Charaf, N° DM2
Hay Inara, Haddacuia - CASA
T.S.I : 05 22 21 60

25,10

SECTRAL 200 MG
CP PEL B20
P.P.V : 37DH80

6 118000 060154

25,10

68,60 DH
Periode de validite : 02/2024
X0424

NO - DOL FEN 400MG
CP PELL B30

P.P.V : 30DH00

6 118000 061878

97,60

© 2016 Ascensia Diabetes Care Holdings AG. All rights reserved. Contour is a trademark and/or registered trademark of Ascensia Diabetes Care Holdings AG.

© 2016 Ascensia Diabetes Care Holdings AG. Tous droits réservés. Contour est une marque de commerce et une marque déposée d'Ascensia Diabetes Care Holdings AG.

لمزيد من المساعدة، يرجى مراجعة بابات الاتصال الموجوقة في الصفحة الأخيرة مندليل المستخدم.
أي اتصال آخر، يرجى اطلاعه على الملفات ذات الصلة في مساحة أخرى.
وأهتمامك كارب مراعي كدبي
Dammoun Tahjiz Teb Co
#14, 5th floor, No. 33, Syed Reza Saeedi St.,
Valli-e-Asr Ave.
Tehran, 1967865637
Iran
Phone : +98 21 26218306

شركت Ascensia Diabetes Care Holdings AG تمتلك حقوق
محمومة لـ Contour (كونتور) شعار التجاري ثبت شده سوكت
Ascensia Diabetes Care Holdings AG

Ascensia Diabetes Care Holdings AG
Peter Merian-Strasse 90
4052 Basel, Switzerland

www.diabetes.ascensia.com

منتهى في النيلان

www.patents.ascensia.com



For further assistance, please see contact information on the last page of the User Guide.
Pour obtenir une assistance, voir les coordonnées sur la dernière page du manuel de l'utilisateur.

لمزيد من المساعدة، يرجى مراجعة بابات الاتصال الموجوقة
في الصفحة الأخيرة مندليل المستخدم.
أي اتصال آخر، يرجى اطلاعه على الملفات ذات الصلة في مساحة أخرى.
وأهتمامك كارب مراعي كدبي

Dammoun Tahjiz Teb Co
#14, 5th floor, No. 33, Syed Reza Saeedi St.,
Valli-e-Asr Ave.
Tehran, 1967865637
Iran
Phone : +98 21 26218306

ABIAGAIT HEALTHCARE SOLUTIONS LIMITED
7, MORONU MADUGAWU STREET, SURULERE, LAGOS,
NIGERIA
TELEPHONE: +2348033131500
Email: ahs@abiagait.com
Website: www.abiagait.com
NAFDAC REG. NO. 03-2234

ASCENSIA
Diabetes Care

90004657

Rev. 10/19



CONTROL N 107-139 mg/dL

CONTROL L 36-47 mg/dL

CONTROL H 322-418 mg/dL

LOT DPOGQHDD8B

2022-07



© 2016 Ascensia Diabetes Care Holdings AG. All rights reserved. Contour is a trademark and/or registered trademark of Ascensia Diabetes Care Holdings AG.

© 2016 Ascensia Diabetes Care Holdings AG. Tous droits réservés. Contour est une marque de commerce et une marque déposée d'Ascensia Diabetes Care Holdings AG.

لمزيد من المساعدة، يرجى مراجعة بابات الاتصال الموجوقة في الصفحة الأخيرة مندليل المستخدم.
أي اتصال آخر، يرجى اطلاعه على الملفات ذات الصلة في مساحة أخرى.
وأهتمامك كارب مراعي كدبي
Dammoun Tahjiz Teb Co
#14, 5th floor, No. 33, Syed Reza Saeedi St.,
Valli-e-Asr Ave.
Tehran, 1967865637
Iran
Phone : +98 21 26218306

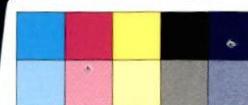
شركت Ascensia Diabetes Care Holdings AG تمتلك حقوق
محمومة لـ Contour (كونتور) شعار التجاري ثبت شده سوكت
Ascensia Diabetes Care Holdings AG

Ascensia Diabetes Care Holdings AG
Peter Merian-Strasse 90
4052 Basel, Switzerland

www.diabetes.ascensia.com

منتهى في النيلان

www.patents.ascensia.com



For further assistance, please see contact information on the last page of the User Guide.
Pour obtenir une assistance, voir les coordonnées sur la dernière page du manuel de l'utilisateur.

لمزيد من المساعدة، يرجى مراجعة بابات الاتصال الموجوقة
في الصفحة الأخيرة مندليل المستخدم.
أي اتصال آخر، يرجى اطلاعه على الملفات ذات الصلة في مساحة أخرى.
وأهتمامك كارب مراعي كدبي

Dammoun Tahjiz Teb Co
#14, 5th floor, No. 33, Syed Reza Saeedi St.,
Valli-e-Asr Ave.
Tehran, 1967865637
Iran
Phone : +98 21 26218306

ABIAGAIT HEALTHCARE SOLUTIONS LIMITED
7, MORONU MADUGAWU STREET, SURULERE, LAGOS,
NIGERIA
TELEPHONE: +2348033131500
Email: ahs@abiagait.com
Website: www.abiagait.com
NAFDAC REG. NO. 03-2234

ASCENSIA
Diabetes Care

90004657

Rev. 10/19



CONTROL N 107-139 mg/dL

CONTROL L 36-47 mg/dL

CONTROL H 322-418 mg/dL

LOT DPOGQHDD8B

2022-07





GEBRÄTICHE:

- 1 - Lanzeette in die Stechhilfe einsetzen.
- 2 - Schutzkappe abdrehen und entfernen.
- 3 - Gebrauchte Lanzeette in die Schutzkappe stecken und an einem sicheren Ort entsorgen z.B. in einem durchstichfesten Behältnis.

ISTRUZIONI PER L'USO:

- 1 - Inserire una lancetta nel dispositivo pungidito.
- 2 - Ruotare il cappuccio della lancetta fino a staccarlo.
- 3 - Dopo l'uso, reinserire la lancetta nel cappuccio e smaltire la lancetta usata in modo sicuro; ad esempio in un contenitore resistente alle punture.

della confezione e maneggiarsi o maneggiare.
Non utilizzarle se il sigillo + non è integro.
Nicht verwendeten, wenn das
Sicherungsseal beschädigt ist.
Nicht verwenden, wenn das
Sicherungsseal beschädigt ist.
Vertrieb der
MyStar SylkFeel™
Sanofi-Aventis Deutschland GmbH
69967 Frankfurt am Main
Sanofi-Aventis Diabetes
Telefon 0180 / 222 010
25 LANZETTE ULTRASOTTILI
0,06 g/Anzahl/Festigkeit
Mobileinspektionen max. 0,42 g/min
Nicht verwenden, wenn das
Sicherungsseal beschädigt ist.
Viale L. Bodini, 37/B - Milano
Non utilizzarle se il sigillo + non è integro.
dopre frettolose
distribuito da: sanofi-aventis s.p.a.
distribuita da: sanofi-aventis s.p.a.
distribuita da: sanofi-aventis s.p.a.

(DE) Sterile Lanzeetten für den Einmalgebrauch
• MyStar SylkFeel™ Lanzeetten sind geeignet für die BGStar® und die MyStar SylkFeel™ Stechhilfe. Feine, silikonbeschichtete Nadel. Latexfrei.
• Nicht verwenden, wenn die Schutzkappe fehlt.
ACHTUNG: Eine Lanzeette darf NIEMALS von mehreren Personen verwendet werden und ist nur für den individuellen persönlichen Gebrauch bestimmt.

(IT) Le lancette MyStar SylkFeel™ sono compatibili con i dispositivi pungidito BGStar® e MyStar SylkFeel™. Delicate – ago rivestito in silicone. Non contengono lattice.
• Non utilizzare se il cappuccio protettivo è stato rimosso.
ATTENZIONE: Non condividere MAI una lancetta con altre persone; deve essere utilizzata da una sola persona.

HTL-STREFA S.A.
Adamówka 7, 95-035 Ozorków, Poland

© 2013 Sanofi

SANOFI

05
2





GEBRÄTICHE:

- 1 - Lanzeette in die Stechhilfe einsetzen.
- 2 - Schutzkappe abdrehen und entfernen.
- 3 - Gebrauchte Lanzeette in die Schutzkappe stecken und an einem sicheren Ort entsorgen z.B. in einem durchstichfesten Behältnis.

ISTRUZIONI PER L'USO:

- 1 - Inserire una lancetta nel dispositivo pungidito.
- 2 - Ruotare il cappuccio della lancetta fino a staccarlo.
- 3 - Dopo l'uso, reinserire la lancetta nel cappuccio e smaltire la lancetta usata in modo sicuro; ad esempio in un contenitore resistente alle punture.

della confezione e maneggiarsi o maneggiare.
Non utilizzarle se il sigillo + non è integro.
Nicht verwendeten, wenn das
Sicherungsseal beschädigt ist.
Nicht verwenden, wenn das
Sicherungsseal beschädigt ist.
Vertrieb der
MyStar SylkFeel™
Sanofi-Aventis Deutschland GmbH
69967 Frankfurt am Main
Sanofi-Aventis Diabetes
Telefon 0180 / 222 010
25 LANZETTE ULTRASOTTILI
0,06 g/Anzahl/Festigkeit
Mobileinspektionen max. 0,42 g/min
Nicht verwenden, wenn das
Sicherungsseal beschädigt ist.
Viale L. Bodini, 37/B - Milano
Non utilizzarle se il sigillo + non è integro.
dopre frettolose
distribuito da: sanofi-aventis s.p.a.
distribuita da: sanofi-aventis s.p.a.
distribuita da: sanofi-aventis s.p.a.

(DE) Sterile Lanzeetten für den Einmalgebrauch
• MyStar SylkFeel™ Lanzeetten sind geeignet für die BGStar® und die MyStar SylkFeel™ Stechhilfe. Feine, silikonbeschichtete Nadel. Latexfrei.
• Nicht verwenden, wenn die Schutzkappe fehlt.
ACHTUNG: Eine Lanzeette darf NIEMALS von mehreren Personen verwendet werden und ist nur für den individuellen persönlichen Gebrauch bestimmt.

(IT) Le lancette MyStar SylkFeel™ sono compatibili con i dispositivi pungidito BGStar® e MyStar SylkFeel™. Delicate – ago rivestito in silicone. Non contengono lattice.
• Non utilizzare se il cappuccio protettivo è stato rimosso.
ATTENZIONE: Non condividere MAI una lancetta con altre persone; deve essere utilizzata da una sola persona.

HTL-STREFA S.A.
Adamówka 7, 95-035 Ozorków, Poland

© 2013 Sanofi

SANOFI

05
2



Docteur Hasnâa EL YOUSSEFI

Médecine Générale

D.U. Gynécologie Médicale de L'ULP de Strasbourg

D.U. Diabétologie de l'UM 1 de Montpellier

D.U. Diététique Médicale de l'UM 1 de Montpellier

D.U. d'Echographie Générale



الدكتورة حسناء اليوسفي

الطب العام

شهادة جامعية في طب النساء من جامعة ستراسبورغ

شهادة جامعية في داء السكري من جامعة مونبولي

شهادة جامعية في التغذية الطبية من جامعة مونبولي

شهادة جامعية في الفحص بالصدى

Casablanca le :

Dr. 0821

Hôpital Jamialedine Saïda

$$220,00 \times 3 = 660,00$$

19 contour plus (soit de 33)
Sousclettes (N°3)

$$75,00 \times 2 = 150,00$$

24 contour plus lancettes
(N°2)

810,00

PHARMACIE ACH-CHARAF
Boutchia TAOUDI
Coopérative Ach-Charaf, N°33
Hay Idriss Hadjouda - CASA
Tel. : 05 22 21 64 09

Dr Hasnâa EL YOUSSEFI
Médecin Généraliste
Résidence Diar Wafâa, Imm 36, rez de Chaussée
Appartement 2164, Bournazel - Casablanca
Tél. : 05 22 71 84 83

إقامة ديار الوفاء، عمارة 36 الطريق الأرضي، شقة 3، بورنازيل، - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 71 84 83

Résidence Diar Wafâa, Imm 36, Rez de Chaussée, Appt N°3 Bournazel - Casablanca - Tél : 05 22 71 84 83

PHARMACIE ACH-CHARAF

CLIENT : *Mme Jamaleddine Laâla*

FACTURE N° *19/2021*

Date : *07/08/2021*

Description	PU	Quantité	Montant
bandelettes contour plus /50	220,00	3	660,00
Lancettes contour plus	75,00	2	150,00
TOTAL			810,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Huit Cent Dix dirhams

PHARMACIE ACH-CHARAF
Dr. Bouchra TAOLIDI
Coopérative Ach-Charaf N° DM2
Hay Inara Haddadla Casablanca
Tél : 0522218409

COOPERATIVE ACH-CHARAF N° DM2 HAY INARA Casablanca Tél : 0522216409
Rc 337524 . Patente 34026384 . ICE 001079460000073

valable 3 mois

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Médecin généraliste
Résidence Dar Yaffaa, 1ème Et. Rue Chaussée
Appart N° 9, Bousnazar - Casablanca

Certifie que Mlle, Mme, M. : Jawia Oudihine laula

Présente une diabète type 2, HTA, dyslipidémie

Nécessitant un traitement d'une durée de : 3 mois

Dont ci-joint ordonnance : du 07 08 2021.

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca