

## 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

- 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° W21-634448

Par l'adhérent

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 3218

Matricule : 3218 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BELTID Zaina

Date de naissance : 18/12/84

Adresse : Bloc K10 39 Cité Dakhla

Tél. : 0661389556 Total des frais engagés : 1754,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin : DR. OUHKADI Abdellah

Cachet du médecin : OMNIPRATICIEN & DIABETOLOGIE  
Imm. El Bassita, N° 6 Hay Salam  
Agadir - Tél. : 05 28 22 96 43

Date de consultation : 31/03/2022

Nom et prénom du malade : BELTID Zaina Age : 67 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète sucré

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 : Agadir Le : 31/03/2022

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-634448

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

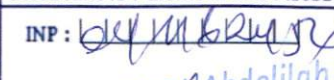
Nom de l'adhérent(e) : BELTID Zaina

Total des frais engagés : 1754,60

Date de dépôt :




### 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
31/03/23	C		180	INP : 

Dr. BOUKKADY Abdelilah  
OMNIPRATICIEN & DIABÉTOLOGIE  
Imm. El Bassita N° 6 Hay Salam  
Tél : 05 28 22 96 43

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Lotfy Droguerie en Pharmacie Rue El Kawakibi Cité Dakhla - AGADES Tél : 05 28 23 90 09	31/03/23	1604.60 dt

### 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

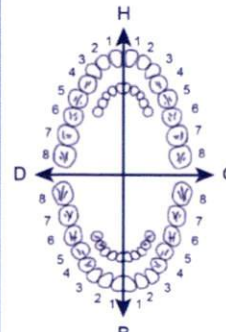
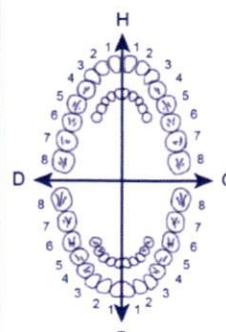
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez 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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 النجاة»

الهاتف: 05.28.22.96.43 / 06.67.69.71.33

أكادير في: 31.03.2022

Agadir, le: 31.03.2022

180.00 x 2

Belzid Zaim

(1) flu oral

flu

28.00 x 5

(2)

blueph

24 - 34

28.00

(3)

paquette de

24.30

(4)

flu oral

42.00

(5)

addi

63.30

(6)

Ballon

72.50 x 2

(7)

24 x 34

1604.60




Dr. BOUKKADI Abdelilah  
OMNIPRATICIEN & DIABÉTOLOGIE  
Imm. El Bassita, N° 6 Hay Salam  
Agadir - Tél.: 05 28 22 96 43

**Glucophage®** 1000 mg  
Comprimé pelliculé

Chlorhydrate de metformine

Voie orale



**30** Comprimés pelliculés 



28,00




**Glucophage®** 1000 mg  
Comprimé pelliculé

Chlorhydrate de metformine

Voie orale



**30** Comprimés pelliculés 




28,00

**Glucophage®** 1000 mg  
Comprimé pelliculé

Chlorhydrate de metformine

Voie orale



**30** Comprimés pelliculés 




28,00

**Glucophage®** 1000 mg  
Comprimé pelliculé

Chlorhydrate de metformine

Voie orale



**30** Comprimés pelliculés 




28,00

**Glucophage®** 1000 mg  
Comprimé pelliculé

Chlorhydrate de metformine

Voie orale



**30** Comprimés pelliculés 

**Merck**

28,00



# Fluoxet<sup>®</sup>

## Fluoxétine

### 20 mg

30 Gélules  
Voie orale



180,00

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT	APRÈS	

# Fluoxet<sup>®</sup>

## Fluoxétine

### 20 mg

30 Gélules  
Voie orale



180,00

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT	APRÈS	

## Ingrédients

Charbon végétal activé (162 mg),  
gélatine, dioxyde de titane.

# Ballonyl®

Charbon activé

## Conseils d'utilisation

Prendre 2 gélules avec un grand verre d'eau,  
3 fois par jour à distance des repas,  
en complément d'une alimentation variée et  
équilibrée. Renouveler les prises en fonction  
des sensibilités individuelles.

Ne pas dépasser la dose journalière recommandée.

Complément alimentaire n'est pas médicament.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

A conserver à l'abri de l'humidité et de la chaleur.

LBT: 200083  
BLU: 02/2023  
63.30 DH

## Confort intestinal



## Favorise l'élimination des gaz

60 gélules  
Voie orale

Fabriqué par :

**Deva**  
Pharmaceutique  
146-147, Zone Industrielle  
Ti Mellil - Casablanca

Laboratoires Deva Pharmaceutique  
J. OUAJDI Pharmacien Responsable

**Deva**  
Pharmaceutique  
146-147, Zone Industrielle  
Ti Mellil - Casablanca

6 suppositoires rectaux.

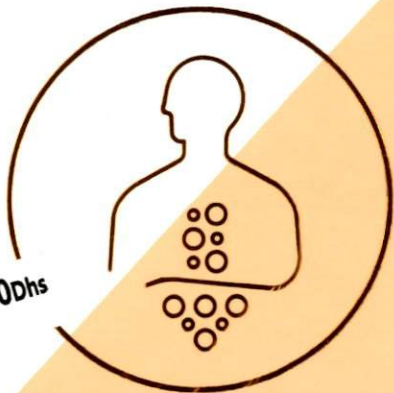
# lax forte

**Suppositoires  
laxatifs**

PPC: 72,50Dhs

Effet laxatif.

Destiné aux adultes.





6 suppositoires rectaux.

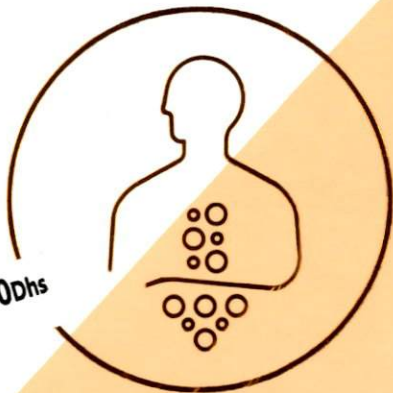
# lax forte

**Suppositoires  
laxatifs**

PPC: 72,50Dhs

Effet laxatif.

Destiné aux adultes.



LOT  
EXP  
PPV

210439 1  
02 2024  
74.30  
74130

# riocip<sup>®</sup>

Ciprofloxacin

500mg



10 Comprimés pelliculés  
Voie orale



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT	APRÈS

# Pharmacie LOTFY - Agadir

Khalil LOTFY

0528239009

, Agadir



**Facture N° 20220521-338**

Date de vente : 31/03/2022  
Médecin traitant :

**BELJID ZAINA**

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
ONE TOUCH SELECT BANDELETTES B100	1	780,00	TVA (20.00%)	780,00

Total HT	650,00 DHS
TVA	130,00 DHS
<b>Total</b>	<b>780,00 DHS</b>

**Arrêté la présente facture à la somme de : sept cent quatre-vingts DHS**

**PHARMACIE LOTFY**  
Khalil LOTFY  
Docteur en Pharmacie  
14, Rue Mohammed VI - Agadir  
Tel : 05 28 23 90 09

**ONE TOUCH**  
Select Plus  
Bandelettes réactives

Ne pas utiliser les pastilles de protection  
clivées ou manquantes.  
**OUVRIR ICI**

Ne



2022/07

>

LOT 4692233



Date limite  
d'utilisation :

Numéro de  
lot :

LOT

2 flacons de

50 bandelettes réactives

Bandelettes réactives

**Select Plus**

À utiliser pour le test de la glycémie avec les lecteurs de la  
gamme OneTouch Select® Plus.

Une précision éprouvée

100

