

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 - 8ème 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04804 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAAKISSI Abdellah

Date de naissance : 13.01.1960

Adresse : Benchechid

Tél. : 0666353691 Total des frais engagés : 1317,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. KAIIDI FATIMA ZAHRA
Endocrinologie Diabétologie
et Maladies Métaboliques.
Tel: 05 22 32 43 39

Date de consultation : 02/12/23

Nom et prénom du malade : LAAKISSI Abdellah Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète type 2 + hypertension + Hypertension

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.

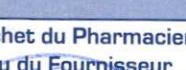
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Benchechid

Signature de l'adhérent(e) : (Signature)

Le : / /

| 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 |
| 01.12.2023 | Actes | S | +250 JMH | DR KAIDI FATIMA Endocrinologie Diabétologie et Maladies Métaboliques Tel: 05 22 32 43 39 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------|---|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  SERVICES | 06-12-23 | 662,40 REF. 1002180756000042105,00 DHS |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF. | | | | | | | | | | | | | | |
| | Dents Traitées | | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | CCEFFICIENT DES TRAVAUX | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | MONTANTS DES SOINS | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | DEBUT D'EXECUTION | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | FIN D'EXECUTION | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | OD.F PROTHESES DENTAIRES | | | | | | | | | | | | | |
| | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | |
| | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> </table> | | | | H | 21433552 | D | 00000000 | B | 00000000 | G | 11433553 | 35533411 | 35533411 |
| | H | 21433552 | | | | | | | | | | | | |
| | D | 00000000 | | | | | | | | | | | | |
| | B | 00000000 | | | | | | | | | | | | |
| | G | 11433553 | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 35533411 | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] | | | | | | | | | | | | | |
| | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | CCEFFICIENT DES TRAVAUX | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | MONTANTS DES SOINS | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | DATE DU DEVIS | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | DATE DE L'EXECUTION | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | |

Dr. KAIIDI Fatima Zahra

Spécialiste en Endocrinologie diabétologie

Diplômée de la Faculté de Médecine - Casa

Ancien Interne au CHU - Casa



د. قايدى فاطمة الزهراء

اختصاصية فى أمراض الغدد - داء السكري

خريجية كلية الطب بالدار البيضاء

طبية داخلية سابقاً بالمستشفى الجامعى

ابن رشد

Ordonnance

Nom: LAAKISSI Abdellah

Berrechid, le: 09/10/2013



1) Caplavix 75 mg 1/100 mg
2/10/13

2) Amelal H mg

3) Diformine 850 mg
1/10 * 2 N cp avant pt

4) Rosuvastatin 238,00 mg

Per 14p cpm dis

Per 14p cpm dis

Per 14p cpm dis



Dr. KAIIDI FATIMA ZAHRA
Endocrinologist Diabetologie
et Maladies Métaboliques
Tel: 05 22 32 43 39

3 mg

Dr. KAIIDI FATIMA ZAHRA

Endocrinologist Diabetologie
et Maladies Métaboliques

PPV: 18DH00 PER: 08/26 LOT: M277

PPV: 238DH00 PER: 07/25 LOT: M2382-2

PPV: 238DH00 PER: 07/25 LOT: M2382-2

Dr. KAIIDI FATIMA ZAHRA
Endocrinologist Diabetologie
et Maladies Métaboliques
Tel: 05 22 32 43 39

333, Boulevard Mohamed V - Lot Nasrollah - 1er Etage N°3 (en face carrefour) - Berrechid

Tél: (+212) 5 22 324 339 - Gsm: (+212) 6 79 545 315 - Email: kaidiendocrinologue@yahoo.com

49.60

PPV: 49,60 DH
LOT: 23611
EXP: 07/2026

5) Duree forte 100 000 U

- temps 115j

per - temps 1 mois

Dr. KAIDI FATIMA ZAHRA
Endocrinologie Diabetologie
et Maladies Métaboliques
tel: 05 22 32 43 25

3 mois

3 mois



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain seba Casablanca
Coplavix 75mg/100mg

b30 cp P.P.V: 270,00 DH

6 118001 082018

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain seba Casablanca
Amareli 4 mg cp b 30

P.P.V: 68,80 DH

6 118001 081325

T = 66,40

Dr. KAIIDI Fatima Zahra

Spécialiste en Endocrinologie diabétologie

Diplômée de la Faculté de Médecine - Casa

Ancien Interne au CHU - Casa



د. قايدى فاطمة الزهراء

إخصاصية فى أمراض الغدد - داء السكري

خريجية كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقاً بالمستشفى الجامعى

ابن رشد

Ordonnance

Nom: LAA Kassi Abdellah

Berrechid, le: 02.12.23

3x135

→ Bandeau
= 405 dh
VIA SERVICES
Tel: 05 22 32 47 24
viaservices@gmail.com

dentice

(x 3BT / 50)

Voir
facture
et
ICE

DR. KAIIDI FATIMA ZAHRA
Endocrinologie Diabétologie
et Maladies Métaboliques
Tel: 05 22 32 49 39

3 meus

333, Boulevard Mohamed V - Lot Nasrollah - 1er Etage N°3 (en face carrefour) - Berrechid

Tél: (+212) 5 22 324 339 - Gsm: (+212) 6 79 545 315 - Email: kaidiendocrinologue@yahoo.com

TaiDoc Technology Corporation
B1-7F, No. 127, Wugong 2nd Rd., Wugu Dist.,
New Taipei City 248, Taiwan (R.O.C.)
www.taiddoc.com

MedNet GmbH
Borkstraße 10
48163 Münster, Germany



302-4279101-015

Diabcontrol®
TD-4279

Bandelettes

50
Bandelettes



Utilisez exclusivement avec le lecteur de glycémie Diab control TD-4279
50 bandelettes de test, Instructions à l'intérieur.



X

Remarque:

1. Ne pas appliquer le sang sur le haut de la bandelette.
2. Toute zone de cette bandelette peut être touchée et la glycémie ne sera pas affectée.



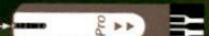
✓

Les composants chimiques de la bandelette:

| | |
|--|-----|
| 1. la glucose-déshydrogénase (E. coli) | 8% |
| 2. Transporteur d'électron | 55% |
| 3. Enzyme protecteur | 8% |
| 4. Les ingrédients non réactifs | 29% |

1.1 µL Petite goutte de sang

Appliquez une goutte
de sang ici



Diabcontrol®
TD-4279

Test Strip

50
Test Strip



Use only with Diab control TD-4279 blood glucose meter.
50 Test Strips and Instruction inside!

2023-07-04
TD21J204-BDD
Code: B32

LOT

TaiDoc Technology Corporation
B1-7F, No. 127, Wugong 2nd Rd., Wugu Dist.,
New Taipei City 248, Taiwan (R.O.C.)
www.taiddoc.com

MedNet GmbH
Borkstraße 10
48163 Münster, Germany



302-4279101-015

Diabcontrol®
TD-4279

Bandelettes

50
Bandelettes



Utilisez exclusivement avec le lecteur de glycémie Diab control TD-4279
50 bandelettes de test, Instructions à l'intérieur.



X

Remarque:

1. Ne pas appliquer le sang sur le haut de la bandelette.
2. Toute zone de cette bandelette peut être touchée et la glycémie ne sera pas affectée.



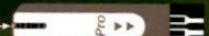
✓

Les composants chimiques de la bandelette:

| | |
|--|-----|
| 1. la glucose-déshydrogénase (E. coli) | 8% |
| 2. Transporteur d'électron | 55% |
| 3. Enzyme protecteur | 8% |
| 4. Les ingrédients non réactifs | 29% |

1.1 µL Petite goutte de sang

Appliquez une goutte
de sang ici



Diabcontrol®
TD-4279

Test Strip

50
Test Strip



Use only with Diab control TD-4279 blood glucose meter.
50 Test Strips and Instruction inside!

2023-07-04
TD21J204-BDD
Code: B32

LOT

TaiDoc Technology Corporation
B1-7F, No. 127, Wugong 2nd Rd., Wugu Dist.,
New Taipei City 248, Taiwan (R.O.C.)
www.taiddoc.com

MedNet GmbH
Borkstraße 10
48163 Münster, Germany



302-4279101-015

Diabcontrol®
TD-4279

Bandelettes

50
Bandelettes



Utilisez exclusivement avec le lecteur de glycémie Diab control TD-4279
50 bandelettes de test, Instructions à l'intérieur.



X

Remarque:

1. Ne pas appliquer le sang sur le haut de la bandelette.
2. Toute zone de cette bandelette peut être touchée et la glycémie ne sera pas affectée.



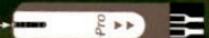
✓

Les composants chimiques de la bandelette:

| | |
|--|-----|
| 1. la glucose-déshydrogénase (E. coli) | 8% |
| 2. Transporteur d'électron | 55% |
| 3. Enzyme protecteur | 8% |
| 4. Les ingrédients non réactifs | 29% |

1.1 µL Petite goutte de sang

Appliquez une goutte
de sang ici



Diabcontrol®
TD-4279

Test Strip

50
Test Strip

2023-07-04
TD21J204-BDD
Code: B32

LOT



Use only with Diab control TD-4279 blood glucose meter.
50 Test Strips and Instruction inside!

valable 3 mois

Le 02/12/2023

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

Certifie que M^{me}, M^{me}, M^r LAA KISSI ABDELLAH

Présente une maladie chronique : Diabète type 2 + dyslipidémie + ANOMI

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(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 BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

VIA SERVICES SARL AU

FACTURE

Code: CDCM
CLIENT COMPTOIR MTL
LAAKASSI ABDALLAH

| Facture n° | Date | Mode paiement | Réf bon de livraison | | | | |
|-----------------|--|---------------|----------------------|-----------|--------------------|-----|-------------|
| 202301081 | 06/12/2023 | | 202301580 | 202309241 | 202311487 | | |
| Code article | Désignation | | Qté | PU TTC | %R | TVA | Montant TTC |
| 4717095032811 | DIABCONTROL BANDELETTE/ 50 DATE DE PEREMPTION LE 30/06/2023 | | 3 | 135.00 | 0.00 | 20 | 405.00 |
| Total HT | | | | | Net à payer | | |
| 337.50 | 67.50 | 405.00 | | | | | 405.00 |

VIA SERVICES
 Tel : 05 22 32 47 24
 viaservices@gmail.com

1 / 1

RC: 12353 BERRECHID PATENTE : 43100367 I.F. : 31871681 CNSS : 1168167 ICE: 002180756000043

SARL AU CAPITAL : 100 000.00 DH SIEGE SOCIAL : 50 ANGLE RUE OUED MALOUIYA BERRECHID
 TEL: 0522 32 47 24 FAX: 0522 53 31 41 MOBILE 0661 477383