

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



## Déclaration de Maladie

N° W19-449006 OR

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 43520

Matricule : 1161      Société : RAM

Actif       Pensionné(e)       Autre :


Nom & Prénom : ESSAMALI Mohamed

Date de naissance : 30 Juin 1950

Adresse : Pharmacie Serrali 27 Hakimat mg 9/10  
Hay Chmar - Sidi Tousser - Safé

Tél. : 06 61 134 122      Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du malade : BOUALILA Fatima

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : maladie chronique

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 : Safé      Le : 19/08/2020

Signature de l'adhérent(e) : Alli

- 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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'Unité - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

**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
19 AOUT 2020	C2		300 DH	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 10 1165 959. <i>[Signature]</i>

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie HALIMA SIDI MOUSSA - SALE</i> Tél : 05 37 88 45 60	20.8.2020	1268,00 DH

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Centre de Biologie AL WIFAK</i> Laboratoire d'Analyses Médicales et Spécialisées Tél: 0537.40.30.30 Fax: 0537.40.30.36	20 AOUT 2020	B330	910,00

**AUXILIAIRES MÉDICAUX**

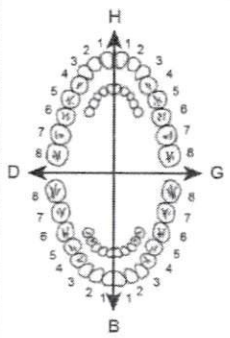
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

**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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

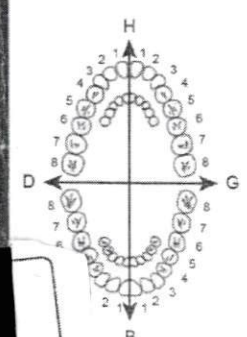
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

**O.D.F. PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553		

[Création, remont, adjonction]  
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"/>

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Salé, le: ..... 19 AOUT 2020

الدكتورة بسمينة ليديدي  
Docteur Lididi Yasmina  
CARDIOLOGUE

CABINET D'EXPLORATIONS GARTIOVASCULAIRES

PHARMACIE SEMLALI  
37, Immb HALIMAI  
N° 9 - SIDI MOUSSA - SALE  
Tél : 05 37 85 45 60

BOUALILA ep  
ESSAMLALI Fatima

361,00 x 3

Exforge 5/160

1083,00

1 - 0 - 0 - 0 palt 3 fois

Extramag

1 - 0 - 0 - 0 palt 1 fois

D - cure

1 ampoule palt 6 fois

185,00

Safinor 120 - 2p/5our

الدكتورة بسمينة ليديدي  
Dr. Lididi Yasmina  
Cardiologue  
30, Av Mohamed V, N°31, Tabriket - Salé  
Tél: 05 37 85 26 71

1268,00

PHARMACIE SEMLALI  
37, Immb HALIMAI  
N° 9 - SIDI MOUSSA - SALE  
Tél : 05 37 85 45 60

**Cipla Maroc**  
Etiquette Inviolabilité

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

120 x

Suspension  
pour inhalation  
en flacon pressurisé

Voie inhalée  
**250** /25  
µg

Propionate de fluticasone /salmétérol

**SAFLU**®

LOT: GB91602  
PER: 08/2022  
PPV: 185 DH 00

**Cipla Maroc**

**EXFORGE®** 5 mg/160 mg

**Amlodipine/Valsartan**

إكسفورج 160/5 مغ  
أملوديبين / فالسارتان

28 comprimés pelliculés

Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants.

Conserver dans l'emballage original à température ambiante (15-25°C) et à l'abri de l'humidité.

Veuillez consulter la notice d'emballage.

يُحفظ بعيداً عن الأطفال

يُحفظ في درجة حرارة معتدلة (15-25 درجة مئوية)

بعيداً عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

Composition:

1 comprimé pelliculé contient:

Amlodipine 5 mg

Valsartan 160 mg

Excipients qsp un comprimé

يحتوي كل قرص مغلف على 5 ملغ من أملوديبين و 160 ملغ من فالسارتان



611800103056 9

**EXFORGE**

**5mg/160mg**

28 comprimés pelliculés

PPV : 361.00 DH

**Exforge® 5 mg/160 mg**

28 comprimés pelliculés

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لائحة I - بصرف فقط بمو جب ، صفة طبية

**EXFORGE® 5 mg/160 mg**

**Amlodipine/Valsartan**

**إكسفورج 160/5 مغ**

**أملوديبين / فالسارتان**

**28 comprimés pelliculés**

Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants.

Conserver dans l'emballage original à température ambiante (15-25°C) et à l'abri de l'humidité.

Veuillez consulter la notice d'emballage.

يحفظ بعيدا عن الأطفال

يحفظ في درجة حرارة معتدلة (15-25 درجة مئوية)

بعيدا عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

Composition:

1 comprimé pelliculé contient:

Amlodipine 5 mg

Valsartan 160 mg

Excipients qsp un comprimé

يحتوي كل قرص مغلف على 5 مغ من أملوديبين و 160 مغ من فالسارتان



611800103056 9

**EXFORGE**  
**5mg/160mg**

28 comprimés pelliculés

PPV : 361.00 DH

**Exforge® 5 mg/160 mg**

28 comprimés pelliculés

**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لائحة I - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

**EXFORGE®** 5 mg/160 mg

**Amlodipine/Valsartan**

إكسفورج 160/5 مغ

أملوديبين / فالسارتان

28 comprimés pelliculés

Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants.

Conserver dans l'emballage original à température ambiante (15-25°C) et à l'abri de l'humidité.

Veuillez consulter la notice d'emballage.

يحفظ بعيدا عن الأطفال

يحفظ في درجة حرارة معتدلة (15-25 درجة مئوية)

بعيدا عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

Composition:

1 comprimé pelliculé contient:

Amlodipine 5 mg

Valsartan 160 mg

Excipients qsp un comprimé

يحتوي كل قرص مغلف على 5 مغ من أملوديبين و 160 مغ من فالسارتان



611800103056 9

**EXFORGE**

**5mg/160mg**

28 comprimés pelliculés

PPV : 361.00 DH

**Exforge® 5 mg/160 mg**

28 comprimés pelliculés

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لائحة I - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

3 أمبولات للشرب

د-كير® قوي

كوليكالسيفيرول 100 000 وحدة دولية  
فيتامين D3



49,60 gts

محلول زيتي للشرب



PPV: 49,60 DH  
LOT: 18K20/B  
EXP: 11/2021

EM





# CENTRE DE BIOLOGIE AL WIFAK

Laboratoire d'Analyses Médicales et Spécialisées

Tél : 0537 40 30 30 – Fax : 0537 40 30 36 – Courrier électronique : [contact@cbw.ma](mailto:contact@cbw.ma)

Site web : [www.cbw.ma](http://www.cbw.ma)

INPE -Professionnel



107163479

INPE -Etablissement



103061172

## FACTURE N° : 200800745

TEMARA le 26-08-2020

Mme Fatima BOUALILA

N° de dossier : 2008260040

Date de l'examen : 26-08-2020

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
9105	PRELEVEMENT SANGUIN	E25	E
URI	Prélèvement urinaire FLACON	E25	E
0106	Cholestérol total	B30	B
0110	Cholestérol HDL+ L D L	B80	B
0111	Créatinine	B30	B
0118	Glycémie	B30	B
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B
0134	Triglycérides	B60	B
0135	Urée	B30	B
0439	Vitamine D	B450	B
0484	Microalbumine de 24H par immunonephelometric	B120	B

Total des B<sup>1</sup> : 930

**TOTAL DOSSIER : 970MAD**

**Arrêtée la présente facture à la somme de : : neuf cent soixante-dix dirhams**

**Mode de paiement effectué :**

<sup>1</sup> Le B est un coefficient clef imposé par l'assurance maladie et affecté pour chaque analyse remboursée.

**INFORMATION IMPORTANTE AUX PATIENTS :** Si vous êtes titulaire d'une mutuelle ou assurance maladie, merci de déposer votre dossier mutuelle dans un délai ne dépassant pas 2 mois de la date de l'exécution des analyses médicales. Le changement ultérieur de date sur la facture, la feuille de mutuelle et le compte rendu par notre laboratoire ne pourra pas être effecteur.

CACHET DU LABORATOIRE :



Complexe Médical Al Wifak (rdc), Lot° 3214, Avenue Docteur Abdelkarim El Khatteb

Quartier Al Wifak, Temara

CNSS : 4703022 – Patente : 279375 91 – IF : 35397934

ICE : 001798141000051

RIB : BMCI – 013 825 01243 00006400150 20



Salé, le: .....19 AOUT 2020

الدكتورة بسمينة ليديدي  
Docteur Lididi Yasmina  
CARDIOLOGUE

Que. BOUALILA  
ep ESSAMALI Fatima

- CT + HDL + LDL + TG
- GAI + Hb A1c
- vit D.
- urée + creatinine
- malb eu h.



GABINET D'EXPLORATIONS CARDIOVASCULAIRES

LE CENTRE DE BILOGIE MEDICALE ET SPECIALISEES

Mme BOUALILA-Fátima

28-03-1953 F

2008260040

Ordonnance

ORDO

الدكتورة بسمينة ليديدي  
Dr Lididi Yasmina  
Cardiologue  
Tabriket - Salé  
Tél: 05 37 85 26 71  
Tél: 05 37 85 26 71



# CABINET DE CARDIOLOGIE

Note d'honoraire :

N° 0667/2020

Je soussignée **Dr LIDIDI Yasmina**, cardiologue

certifie avoir encaissé la somme de 3 000 000

pour consultation

de la part de Mr/ Mme Bou ALILA Fatma

Ce jour le 19/08/2020

IF:34527104

ICE: 001688507000020

INPE: 101165959

N° Patente: 29062654

الدكتورة بسمينة ليديدي  
Dr. LIDIDI Yasmina  
Cardiologue  
30 Av. Abd V. P.D.C. N° 31, Tabriquet - Sale  
Tél.: 05 37 85 28 71  
INPE: 101165959