

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

## Sons 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.

## Biologie 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.

## 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.

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : MO29

Société ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MRINI SAMIA

Date de naissance : 25 11 1978

Adresse : AV MLY ISMAÏL RESID CHELTENHAM

N° 25 fe étage

Tél. : 066 190 1979

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23 01 2021

Nom et prénom du malade : MRINI SAMIA

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Bruxisme

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.

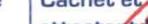
Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :



Le : / /

#### **BELLEVE 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
23/11/20 9			200 DH	   

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DE PAILLY Mme SOUFLAINE Soude Présidente Pharmaciens de France Secteur Nord TANGE 6424 Secteur 339 93 Secteur 339 93</i>	23.11.20	1224,40

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>MEDICALES RIAD TETOUAN DR BONSHADIA YOUSSEF Tel : 0539 34 15 32 - 0539 32 46 32 INPE : 167165695</p>	18.12.20	8600	600,00

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### **RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

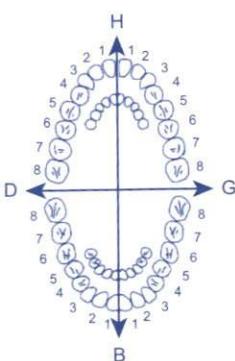
#### **Important:**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan.

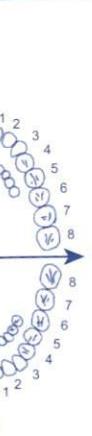
O.D.F  
PROTHESES DENTAISES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



#### [Création, remont, adjonction]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX												
	<p style="text-align: center;"><b>H</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></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> </table> <p style="text-align: center;"><b>B</b></p> <p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	
25533412	21433552													
00000000	00000000													
<hr/>														
D	G													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
		MONTANTS DES SOINS												
		DATE DU DEVIS												
		DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

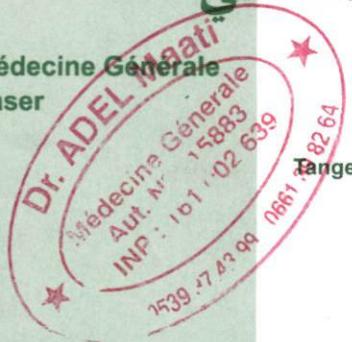
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Cabinet Médical Dr Adel Maati

## عيادة الدكتور عدل المعطي

Médecine Générale

Laser



الطب العام  
الليزر

Tanger, le :

3/11/20

طنة، في :

Mme Mekki Samia.

- Panophan

1x3) 1 apér

17.000

OP KEN 25

1x1

15.00

Kalt 25

1x1/2 + 1

79.70

59402 25

Thun 25

206

ICE : 001911889000069  
IF : 81382260  
INP : 161002639  
Aut. 15883

132, Rue de fés ( à côté  
Pharmacie Jamila ) - Tanger

Tél. : 05 39 37 43 99  
GSM : 06 61 39 82 64

132. شارع فاس ( قرب صيدلية  
جميلة ) - طنجة

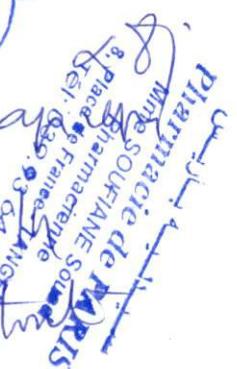
الهاتف : 05 39 37 43 99  
المحمول : 06 61 39 82 64

1224.40

16400 x 12 = 82000

lunette 20

1 usg x 2 fcs





# زيثرومаксين

أزيثروميسين



500 mg / 3 أقراص

ZITHROMAX® 500 mg

3 comprimés



6 118000 250500

UT.AV. : 0 3 2 0 2 2

P.P.V.

79 70

LOT N° : 1 2 8 8 2 6

79,70

09366030/4

Pfizer

# زيثرومаксين

أزيثروميسين



500 mg / 3 أقراص

ZITHROMAX® 500 mg

3 comprimés



6 118000 250500

UT.AV. : 0 3 2 0 2 2

P.P.V.

79 70

LOT N° : 1 2 8 8 2 6

79,70

09366030/4

LOT 191190  
EXP 04/2022  
PPV 75.00DH

Microgranules  
Gastrorésistants

28  
Gélules



Voie orale



KALEST<sup>®</sup>  
Oméprazole 20 mg

MC PHARMA

NE PAS LAISSER A LA VUE ET A LA PORTEE DES ENFANTS  
يحفظ هذا الدواء بعيداً عن رؤية وتناول الأطفال

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
يجب احترام الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I/Tableau A  
يصرف بموجب وصفة طبية - فائدة ا / جدول ا



حامل الترخيص للتسويق والمصنع  
مختبرات سوطينا  
Titulaire de l'AMM/Fabricant  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc

# Ofiken®

Céfixime

200 mg

16

Comprimés pelliculés  
Voie orale



392

LOT 201962 1

EXP 08 22

PPV 170.00 DH

DURÉE  MATIN  MIDI  SOIR  AVANT APRÈS

42



سوطينا  
Sothema



#### COMPOSITION :

Céfixime (trihydrate) ..... 200 mg  
Excipients ..... q.s.p. 1 comprimé pelliculé

#### MODE, VOIE D'ADMINISTRATION ET MISES EN GARDE SPECIALES :

Lire attentivement la notice avant utilisation.

A conserver à une température inférieure à 25°C.

#### التركيبة :

سيفيكسيم (على شكل تلادي مائي)... 200 ملخ  
السواغات..... كمية كافية لقرص واحد  
الجرعة، طريقة الاستعمال والتحذيرات الخاصة:  
اقرأ النشرة الداخلية بدقة قبل الاستعمال.  
يحفظ الدواء في درجة حرارة دون 25 °C.

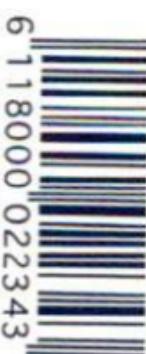
200 ملخ

16 أقراص مغلفة  
عن طريق الفم

أوفيكن®  
سيفيكسيم

OFIKEN® 200 mg  
Céfixime  
Boîte de 16 comprimés

Rambaroum AMO



سوطينا  
Sothema

بعد  قبل  ماء  منتصف  الظهر  صبح  اللذة  42



**Lovenox®**

**6000 UI (60 mg)/0,6 ml**

*énoxaparine sodique/enoxaparin sodium*

Solution Injectabile/Solution for injection

Voie sous-cutanée, intraveineuse / Subcutaneous, intravenous use

Voie extracorporelle dans le circuit de dialyse / Extracorporeal use in the dialysis circuit

**2** seringues pré-remplies avec système de sécurité

**2** pre-filled syringes with automatic safety device

**SANOFI** 

**Lovenox®**  
**6000 UI (60)**  
*énoxaparine sodique*

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Lovenox 6000ulantixa inj b2  
P.P.V : 164,00 DH



118001 080458

**Lovenox®**

**6000 UI (60 mg)/0,6 ml**

*énoxaparine sodique/enoxaparin sodium*

Solution Injectabile/Solution for injection

Voie sous-cutanée, intraveineuse / Subcutaneous, intravenous use

Voie extracorporelle dans le circuit de dialyse / Extracorporeal use in the dialysis circuit

**2** seringues pré-remplies avec système de sécurité

**2** pre-filled syringes with automatic safety device

**SANOFI** 

**Lovenox®**  
**6000 UI (60)**  
*énoxaparine sodique*

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Lovenox 6000ulantixa inj b2  
P.P.V : 164,00 DH



118001 080458

Lovenox®

**6000 UI (60 mg)/0,6 ml**

*énoxaparine sodique/enoxaparin sodium*

Solution Injectable/Solution for injection

Voie sous-cutanée, intraveineuse / Subcutaneous, intravenous use

Voie extracorporelle dans le circuit de dialyse / Extracorporeal use in the dialysis circuit

**2** seringues pré-remplies avec système de sécurité

**2** pre-filled syringes with automatic safety device

**SANOFI** 

**Lovenox®**  
**6000 UI (60)**  
*énoxaparine sodique*

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Lovenox 6000ulantixa inj b2  
P.P.V : 164,00 DH



118001 080458

Lovenox®

**6000 UI (60 mg)/0,6 ml**

*énoxaparine sodique/enoxaparin sodium*

Solution Injectable/Solution for injection

Voie sous-cutanée, intraveineuse / Subcutaneous, intravenous use

Voie extracorporelle dans le circuit de dialyse / Extracorporeal use in the dialysis circuit

**2** seringues pré-remplies avec système de sécurité

**2** pre-filled syringes with automatic safety device

**SANOFI** 

**Lovenox®**  
**6000 UI (60)**  
*énoxaparine sodique*

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Lovenox 6000ulantixa inj b2  
P.P.V : 164,00 DH



118001 080458

**Lovenox®**

**6000 UI (60 mg)/0,6 ml**

*énoxaparine sodique/enoxaparin sodium*

Solution Injectabile/Solution for injection

Voie sous-cutanée, intraveineuse / Subcutaneous, intravenous use

Voie extracorporelle dans le circuit de dialyse / Extracorporeal use in the dialysis circuit

**2** seringues pré-remplies avec système de sécurité

**2** pre-filled syringes with automatic safety device

**SANOFI** 

**Lovenox®**  
**6000 UI (60)**  
*énoxaparine sodique*

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Lovenox 6000ulantixa inj b2  
P.P.V : 164,00 DH



**Dr. M. ADEL**

Diplomé de la F.M.P  
de Casablanca

**Médecine Générale**

132, Rue de Fès - TANGER



**الدكتور م. عدل**

خريج كلية الطب والصيدلة  
بالدار البيضاء  
الطب العام

شارع فاس - طنجة 132

## FEUILLE DE BILAN

### Renseignements cliniques

### Examen demandé :

Mme M. RINI  
FAMILIA

LABORATOIRE D'ANALYSES  
MÉDICALES  
RIAD TETOUAN  
Dr. BOUGHADI AYOUB  
Tél.: 0539 32 45 32 - 0539 32 46 32  
INPE : 167165695

Tst de R-RF - Gnd B

Tél.: 05 39 37 43 99 : الهاتف

GSM : 06 61 39 82 64 : المحمول

ICE : 001911889000069 - IF. : 81382260

INP : 161002639 - Aut. 15883

Date : 23/11/20





# مختبر التحاليل الطبية رياض تطوان

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ET DE BIOLOGIE DE REPRODUCTION RIAD TETOUAN

**Dr BOUGHAIDI Ayoub**

Spécialiste en Analyses Biologiques Médicales  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat  
Diplômé en PMA - Faculté Pierre et Marie Curie - Paris V - France

الدكتور بغبدي أبوب

اختصاصي في التحاليل الطبية

خريج كلية الطب بالرباط

دبلوم المساعدة الطبية على الإنجاب بباريس - فرنسا

### Facture

N° facture : 2021-00456  
 Date Facture : 22/01/2021  
 Date de prélèvement : 18/12/2020  
 Patient : Mme MRINI Samia

Analyses	Valeur en B	Montant
COVID 19 - RT -PCR	600	804,00
Total B	600	804,00
APB	1,0	25,00
Deplacement		0,00
<b>Total</b>		<b>600,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de : Six cent dirhams\*\*\*





# مختبر التحاليل الطبية رياض تطوان

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ET DE BIOLOGIE DE REPRODUCTION RIAD TETOUAN

Dr BOUGHAIDI Ayoub

الدكتور بغيدي أيوب

Spécialiste en Analyses Biologiques Médicales

اختصاصي في التحاليلات الطبية

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat

خريج كلية الطب بالرباط

Diplômé en PMA - Faculté Pierre et Marie Curie - Paris V - France

دبلوم المساعدة الطبية على الإنجاب بباريس - فرنسا

Examen du : 18/12/2020

Heure Pvt : 12:13:00      Edité le : 19/12/2020

Mme MRINI Samia

Code Patient : 20-14149

Réf : 181220-058



Date de naissance : 25/11/1978

### Compte rendu d'analyses

#### BIOLOGIE MOLECULAIRE

Valeurs Usuelles

Antériorité

#### RECHERCHE DE L'ARN DU VIRUS SARS - CoV2 PAR RT-PCR

Autorisation Ministérielle N°13829

#### Résultat

: NEGATIF

