

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 à caractère personnel.

Déclaration de Maladie

N° W21-618092

6 3157



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13-187 Société : RAN

Actif

Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BENBRAHIM ZEHDI

Date de naissance : 19/02/1992

Adresse : Villa N° 54 lot El DAVOUR

Télé : 0663 420 616 Total des frais engagés : 1534 DHS

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 02 / 03 / 2021

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
				INP : <input type="text"/>

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
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	

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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



Déclaration de Maladie

N° W19-462307

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13187 Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENBRAHIM Tchahi

Date de naissance :

19/02/1992

Adresse :

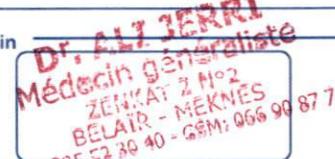
N° 254 Villa lot EL JANSOOR
Téknies

Tél. :

066 480 616 Total des frais engagés : 1534 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

7/11/2021 Ben malaoui Héboub Age:

Nom et prénom du malade :

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

Couïat 19

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

INEN° 131087074

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 02/10/2021

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-462307

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 : 13187

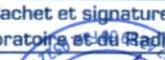
Nom de l'adhérent(e) : BENBRAHIM

Total des frais engagés : 1534

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
21/01/2021	C	1	19014	INP : <input type="text"/> Dr. ALI JERRI Médecin généraliste N° AT 2 N° 2
				No 13108707A

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL AMANA Mme. Alami Fouzni Samira Docteur en Pharmacie... 13, Rue Annaraj Beauséjour Tél : 05 22 39 09 70	10/11/21	384,82

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	07-01 2021	B = 6000	5000 M
	22-01-2021	B = 6000	5000 M

VIOLET 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 canalaires, 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 PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	11433553														
G	35533411															
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

Docteur Ali JERRI

Médecin Généraliste

Diplômé de la Faculté de Médecine - Rabat

Ex. Médecin de l'Hôpital

Mly Ismail - Mly Youssef Meknès

Zenkat 2 N° 2 Béclair Meknès

(En Face Cinéma Malak)

Tél : 05 35 52 30 40

GSM : 06 66 90 87 74 N° 2

BÉCLAIR - MEKNÈS

TEL.: 035 52 30 40 - GSM: 06 66 90 87 74

Meknès, le 07/01/2023

R

Dr. ALI JERRI

Médecin généraliste

ZENKAT 2 N° 2
BÉCLAIR - MEKNÈS

TEL.: 035 52 30 40 - GSM: 06 66 90 87 74

788.50

①

Mal d'oreille Zinc 3 gr

297.00

②

AZ 100 mg 5 gr

49.60

③

Y - Eur 10 ml

14.80

④

Mal de tête C 200 mg

27.70

⑤

Conduite 150 mg

384.80

Dr. ALI JERRI
Médecin généraliste
ZENKAT 2 N° 2
BÉCLAIR - MEKNÈS
TEL.: 035 52 30 40 - GSM: 06 66 90 87 74

PHARMACIE AL AMANA
Mme. Alaaoui Sounni Samira
Docteur en Pharmacie
13 Rue Hassan II Casablanca - 751
Casablanca - Tél: 06 22 39 80 70

الدكتور علي جري

سام

بالرباط

مشفى

يوسف بمكناس

بليز - مكناس

(بينما الملكي)

05 35 52 30 40

06 66 90 87 74 :

6 118000 040941

3 Comprimés sécables

AZIX 500 mg O

azithromycine

3 Comprimés sécables

AZIX 500 mg O

azithromycine

6 118000 040941

3 Comprimés sécables

AZIX 500 mg O

azithromycine

Composition :

Acide ascorbique 1000 mg
 Excipients q.s.p 1 comprimé effervescent.
 Excipients à effet notoire : E110, saccharose, sodium.
 Boîte de 10 comprimés effervescents.

ANM N° : 18/570DMP/21/NRQ Lot: I3341 Per: 12/23

Dr Maria MAFTOUH
 Pharmacien Responsable

يحفظ بعيداً عن الحرارة والرطوبة.
 Conserver à l'abri de la chaleur et de l'humidité.

VITAMINE C 1g

Boîte de 10 comprimés effervescents

PP.V. : 14,80 DH

6 118000 190929

Composition :

Acide ascorbique 1000 mg
 Excipients q.s.p 1 Comprimé effervescent.
 Excipients à effet notoire : E110, saccharose, sodium.
 Boîte de 10 comprimés effervescents.

ANM N° : 18/570DMP/21/NRQ

Dr Maria MAFTOUH
 Pharmacien Responsable

يحفظ بعيداً عن الحرارة والرطوبة.
 Conserver à l'abri de la chaleur et de l'humidité.

VITAMINE C 1g

Boîte de 10 comprimés effervescents

PP.V. : 14,80 DH

6 118000 190929

Lot: I3341 Per: 12/23

يحفظ بعيداً عن الحرارة والرطوبة.



Fabriqué par :

SMB
 SMB TECHNOLOGY S.A.
 39 rue du Parc industriel,
 B-6900 MARCHÉ-EN-FAMENNE, Belgique.



2018

N°LOT: L 0538 DATE DE PER: 10/23

Acids & Vitamins
 malibys

Docteur Ali JERRI

Médecin Généraliste

Diplômé de la Faculté de Médecine - Rabat

Ex. Médecin de l'Hôpital

Mly Ismail - Mly Youssef Meknès

Zenkat 2 N° 2 Bélair Meknès

(En Face Cinéma Malaki)

Tél : 05 35 52 30 40

GSM : 06 66 90 87 74

الدكتور علي جري

الطب العام

خريج كلية الطب بالرباط

طبيب سابق بمستشفى

مولاي إسماعيل ومولاي يوسف بمكناش

زنقة 2 رقم 2 بليير - مكناس

(أمام سينما الملكي)

الهاتف : 05 35 52 30 40

الهاتف النقال : 06 66 90 87 74

M : Dr. ALI JERRI
 Meknès, le 11/11/2021
 Médecin Généraliste
 ZENKAT 2 N° 2
 BELAIR - MEKNÈS
 TEL.: 055 52 30 40 - GSM: 066 90 87 74

P.C.R

Dr. ALI JERRI
 Médecin généraliste
 ZENKAT 2 N° 2
 BELAIR - MEKNÈS
 TEL.: 035 52 30 40 - GSM: 066 90 87 74



Docteur Ali JERRI

Médecin Généraliste

Diplômé de la Faculté de Médecine - Rabat

Ex. Médecin de l'Hôpital

Mly Ismail - Mly Youssef Meknès

Zenkat 2 N° 2 Bélair Meknès

(En Face Cinéma Malaki)

Tél : 05 35 52 30 40

GSM : 06 66 90 87 74

الدكتور علي جري

الطب العام

خريج كلية الطب بالرباط

طبيب سابق بمستشفى

مولاي إسماعيل ومولاي يوسف بمكنا

زنقة 2 رقم 2 بليير - مكنا

(أمام سينما الملكي)

الهاتف : 05 35 52 30 40

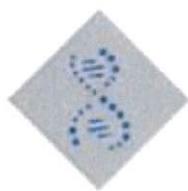
الهاتف النقال : 06 66 90 87 74

Dr. ALI JERRI
Médecin Généraliste
Zenkat 2 N° 2
Bélair - Meknès
TEL: 055 52 30 40 - GSM: 066 90 87 74

- P.C.R.

Dr. ALI JERRI
Médecin généraliste
ZENKAT 2 N° 2
BELAIR - MEKNÈS
TEL: 035 52 30 40 - GSM: 066 90 87 74





LIAB

المختبر الدولي للتحاليلات الطبية

LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMÉDICALES

COMPTE RENDU D'ANALYSES

Medecin Prescripteur :

Dossier N° : 2101070185

MR MEHDI BENBRAHIM

Né(e) le : 19-02-1992

Prélevé : au labo le 07-01-2021

à 11:50

Spécialité :

Adresse :

Correspondant : RAM

Edition du: 22-01-2021 à 12:42

Analyses	Résultats	Intervalles de référence	Antériorités
BIOLOGIE MOLECULAIRE			

Test de détection du coronavirus (COVID-19):

RT-PCR-GeneFinder COVID-19 Plus

RESULTATS:

POSITIF

INTERPRETATION:

POSITIF: Présence de l'ARN viral compatible avec une excréition virale significative

Le résultat d'un test négatif ne prouve pas avec certitude que le patient n'est pas infecté par le COV ID19.

Cette problématique concerne essentiellement le début d'incubation du virus. Il y a donc lieu de prendre toutes mesures de prévention pour éviter d'éventuelles transmission à l'environnement .

L'interprétation d'un résultat négatif doit tenir compte de la qualité du prélèvement, de la période d'incubation, de l'évolution clinique et radiologique éventuelle. Dans toutes les situations, les mesures et les gestes barrières doivent être respectés. En cas de forte présomption, il est recommandé de renouveler le prélèvement.

Les données vous concernant collectées dans le cadre du présent examen biologique, en lien avec l'épidémie la COVID 19, sont enregistrées dans le système d'information national, mis en œuvre par le Ministère de la santé. Ce traitement d'intérêt public a pour finalité de centraliser les résultats des examens de dépistage COVID 19 en vue de leur réutilisation à des fins d'enquêtes sanitaires et de surveillance épidémiologique.

Les examens rendus sous accréditation sont identifiés par le symbole [*]. Toute copie ou utilisation de cette référence ne peut être réalisée sans autorisation écrite du LIAB.

Demande validée biologiquement par : DR MEKOUEH-HASSAN



Page 1 sur 1

Horaires d'ouverture : Lundi au vendredi : 7h30–18h30/Samedi et jours fériés :
7h30–13h00

Angle Bd Abdelmoumen et rue arrachati, Casablanca – Maroc; Tel : +212(0)5 22 42 39 60/55; –GSM : 06 61 85 78 48 Email: contact@liab.ma

Site Web : www.liab.co.ma – IF : 40432071 – ICE : 001663876000025 – CNSS : 8844103 – Patente : 34720627 – INPE : 107159782
Prélèvement à domicile sur RDV



LIAB

المختبر الدولي للتحليلات الطبية
LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMÉDICALES

Casablanca le, 07-01-2021

FACTURE N° 000168726

Nom, Prénom du patient : Mr Mehdi BENBRAHIM

Date de l'examen : 07-01-2021

Type d'examen : Examen biologique

Demande N° : 2101070185

Médecin demandeur :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
	Test de dépistage E–Gene et de confirmation de Coronavirus–RdRP–Gene	-	HN

Total des BHN : 600

Montant total en chiffre : 500DHS

Montant Total en lettres : cinq cent dirham

Opération bénéficiant de l'exonération à la TVA sans bénéfice du droit déduction conformément à l'article 91–VI–1° du Code Général des Impôts.



101, Boulevard Abdelmoumen, Casablanca – Maroc; **Tel** : +212(0)5 22 42 39 60/55; **Fax** : +212(0)5 22 26 22 09

E-mail : contact@liab.ma -**site Web** : www.liab.co.ma

IF : 40432071 ; **CNSS** : 8844103 ; **Patente** : 34720627 ; **N°ICE** : 001663876000025 ; **INPE Biologiste** : 107159782 ;

INPE laboratoire : 093060846

Banque : attijariwafa bank, Agence ABDELMOUNEN , **R.I.B** : 007 780 0002385000302818 20



LIAB

المختبر الدولي للتحاليلات الطبية
LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMÉDICALES

Casablanca le, 22-01-2021

FACTURE N° 000171262

Nom, Prénom du patient : Mr Mehdi BENBRAHIM

Date de l'examen : 22-01-2021

Type d'examen : Examen biologique

Demande N° : 2101220203

Médecin demandeur :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
	Test de dépistage E–Gene et de confirmation de Coronavirus–RdRP–Gene	-	HN

Total des BHN : 600

Montant total en chiffre : 500DHS

Montant Total en lettres : cinq cents dirham

Opération bénéficiant de l'exonération à la TVA sans bénéfice du droit déduction conformément à l'article 91–VI–1° du Code Général des Impôts.



101, Boulevard Abdelmoumen, Casablanca – Maroc; **Tel** : +212(0)5 22 42 39 60/55; **Fax** : +212(0)5 22 26 22 09

E-mail : contact@liab.ma -**site Web** : www.liab.co.ma

IF : 40432071 ; **CNSS** : 8844103 ; **Patente** : 34720627 ; **N°ICE** : 001663876000025 ; **INPE Biogiste** : 107159782 ;

INPE laboratoire : 093060846

Banque : attijariwafa bank, Agence ABDELMOUMEN , **R.I.B** : 007 780 0002385000302818 20