

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



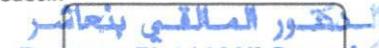
Déclaration de Maladie

N° W21-603550

88436

| | | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : | 7304 | Société : | RAM |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : | | CHAHI DI EL OUAZZANI Abdelfatah | |
| Date de naissance : | | 06 / 10 / 1963 | |
| Adresse : | | | |
| Tél. : | | 066-732732 | Total des frais engagés : _____ Dhs |

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

| | | | |
|---|--|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
|  Docteur EL MALKI Benacher Oncologue Radiothérapeute Centre Régional d'Oncologie Hôpital My Ismail - Meknès | | | |
| Date de consultation : 30-7-2021 | | | |
| Nom et prénom du malade : CHAHI DI EL OUAZZANI Abdelfatah Age: _____ | | | |
| Lien de parenté : | <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : covid-19 (suspicie) | | | |
| 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 : _____ Le : _____

Signature de l'adhérent(e) : _____

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-603550

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 : _____

Nom de l'adhérent(e) : _____

Total des frais engagés : _____

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 30-7-2021 | Consultation | Gratuit | | INP : 144146639 Docteur EL MALLI Benacher Chirurgien Radiothérapeute Centre Régional d'Oncoologie Hôpital de la Timone - Marseille |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
| PHARMACIE DE LA TIMONE 9, Avenue de la République 13002 Marseille Tél. : 05 87 21 00 82 | 30/7/21 | 465,60 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
| LIAB Liaison Inter- Angle Bé Ab Tél: 05 22 42 39 60 Fax: 05 22 26 22 09 | 31/07/21 | B = 440 | 440 DH |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET 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 :

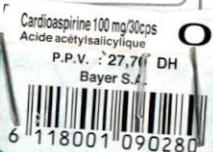
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

INP :

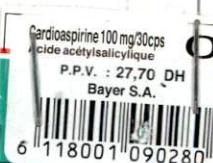
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION



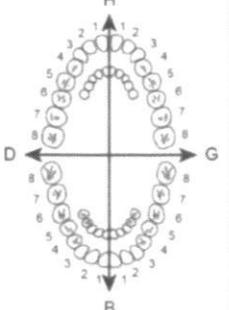
FIN D'EXECUTION



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 |
| G | | |



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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



الدكتور المالي بنعاش
Délégué EL MALKI Benachor
Oncologue Radiothérapeute
Centre Régional d'Oncologie
Hôpital My Ismaïl - Meknès

المركز الجهوي للأنثولوجيا
Centre Régional d'Oncologie

ORDONNANCE

A Meknès, le 30-07-2021 بمكناس

Mr CHAHIDI EL OUARZANI AbdelMalek

19.70 x 2 = 39.40 > 500 ml baines
① ZITHROMAX 500 mg
1 gr 1 j pdt 6 jours

27.20 x 2 = 55.40 > 2 btes
② CARDIOASPIRINE
10.30 1 gr 1 j pdt 2 mois

③ DOLIPRANE 500 mg
2 gr x 3 j pdt 5 j

Signature du Médecin :

④ D-CURE 25000 : 1 bte

⑤ VITANEVRIL FORT : 2 btes

مستشفى بدون تدخين
Hôpital Sans Tabac



130061781

المركز الجهوي للأنثولوجيا / المستشفى المدنى مولاي إسماعيل شارع الجيش الملكي مكناس

الهاتف - 05 35 40 05 05 - / الفاكس - 05 35 40 05 05

Centre Régional d'Oncologie / Hôpital Civil My Ismaïl Avenue des FAR Meknès

Fax : 05 35 40 05 05 / Tél : 05 35 40 05 05



TGVP

⑥ VINOZINE : 1 bte.

96.00 1 ej/j

(15)

PPV: 56,30 D
LOT: 20F24B
EXP: 06/2024

⑦ VITAMINE C : 2 btes

1 gr Mahe et (15) pft 10jrs.

$$15,10 \times 2 = 30,60$$

30,60

15

PPV
LOT
PER

28,80



PPV
LOT
PER

28,80



Vita C1000°

LOT 08031 10
EXP 09/2023
PPV 15DH30

Vita C1000°

PPV 15DH30
EXP 09/2023
LOT 08031 34

الدكتور المصاليقي بنعاش
Dr. EL MALKI Benachir
Oncologue Radiothérapeute
Centre Régional d'Oncologie
Hôpital My Ismail - Marrakech

Vita C1000°

PPV 26DH90

EXP 05/2024
LOT 15037 4

UT.AV. 22.2.2
P.P.V. 79.70
LOT N°: 1290976

VinoZinc®
Gélules

L2657
P : 10/23
96.00 DH

PPV: 10DH30
PER: 03/24
LOT: K905

91, Avenue L'akcha
El: 05 22 50 10 82
PHARMACIE DAKHLIA
El: 05 22 50 10 82



LIAB

المختبر الدولي للتحليفات الطبية
LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMÉDICALES

Casablanca le, 31-07-2021

FACTURE N° 000202274

Nom, Prénom du patient : Mr Abdelmalek CHAHIDI EL OUAZZANI

Date de l'examen : 31-07-2021

Type d'examen : Examen biologique

Demande N° : 2107310042

Médecin demandeur :

Récapitulatif des analyses

| <i>CN</i> | <i>Analyse</i> | <i>Val</i> | <i>Clefs</i> |
|-----------|--|------------|--------------|
| | Test de dépistage E-Gene et de confirmation de Coronavirus-RdRP-Gene | - | HN |

Total des BHN : 440

Montant total en chiffre : 440DHS

Montant Total en lettres : quatre cent quarante 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.



Angle Boulevard abdelmoumen et Rue Arrachati, 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** : 34702187 ; **N°ICE** : 001663876000025 ; **INPE Biologiste** : 097167290 ;
INPE laboratoire : 093060846

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

**LIAB****المختبر الدولي للتحاليلات الطبية****LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMEDICALES****COMPTE RENDU D'ANALYSES****Medecin Prescripteur :****Dossier N° : 2107310042 –****MR ABDELMALEK CHAHIDI EL OUAZZANI****Né(e) le : 06-10-1963****Prélevé : reçu le 31-07-2021****à 07:43****Spécialité :****Adresse :****Correspondant : RAM****Edition du: 31-07-2021 à 14:01**

| Analyses | Résultats | Intervalles de référence | Antériorités |
|-----------------------------|-----------|--------------------------|--------------|
| BIOLOGIE MOLECULAIRE | | | |

Test de détection du coronavirus (COVID-19):*RT-PCR-GeneFinder COVID-19 Plus***Nature de prélèvement:**

nasopharyngé.

RESULTATS:**POSITIF**

ct RdRp: 30.78

ct N gène: 27.84

ct E gène: 29.21

INTERPRETATION:

POSITIF : Détection de l'ARN du SARS-COV 2 (COVID-19)

Validé le :

31-07-2021

Le résultat d'un test négatif ne prouve pas avec certitude que le patient n'est pas infecté par le COVID 19. 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 du 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 du 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.



Page 1 sur 2

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** : 00166387600025 –**CNSS** : 8844103 –**Patente** : 34702187 –**INPE** : 107159782**Prélèvement à domicile sur RDV**



LIAB

المختبر الدولي للتحاليلات الطبية

LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMÉDICALES

**Dossier N° : 2107310042; MR ABDELMALEK CHAHIDI EL OUAZZANI ;
Né(e) le : 06-10-1963**

Demande validée biologiquement par : PROF IDRISI LARBI



Page 2 sur 2

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

وزارة الصحة
MINISTÈRE DE LA SANTE
المندوبية الإقليمية لmeknes
on Préfectorale de MEKNES



المملكة المغربية
ROYAUME DU MAROC
المديرية الجهوية لفاس مكناس
Direction Régionale de Fes - Meknes

المركز الجهوي للأكروجيا
Centre Régional d'Oncologie

ORDONNANCE

A Meknès, le 30-7-2021 بمكناس

Madame CHAHIDI EL OUAZZANI
Abdel Malek

Suspicion de covid

SNP : PCR

Signature du Médecin :

الدكتور عبد الله بن عاصر
Docteur EL MALKI Benacher
Oncologue Radiothérapeute
Centre Régional d'Oncologie
Hôpital My Ismail - Meknès

مستشفى بدون تدخين
Hôpital Sans Tabac



المركز الجهوي للأكروجيا / المستشفى الملكي مولاي إسماعيل شارع الجيش للملك مكناس
التلف: 05 35 40 05 05 / الفاكس: 05 35 40 05 05
Centre Régional d'Oncologie / Hôpital Civil My Ismail Avenue des PAB Meknès
Fax : 05 35 40 05 05 / Tel : 05 35 40 05 05

