

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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.

## Educational :

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.

## Maladie :

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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 068991

95375  
☐ Autres

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12884

Société : RATI

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LABRINI SOFIAN

Date de naissance : 02-01-1991

Adresse :

Tél. : 9216/066915675

Total des frais engagés : 863,10

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Xavier MEON  
Médecine Générale

24, Lotissement EL ANSARI - Dar Bouazza  
Casablanca - Tel : 0522 96 10 87

Date de consultation : 01/11/2021

Nom et prénom du malade : LABRINI SOFIAN

Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Covid 19

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 : NSK


Signature de l'adhérent(e) :

Le : 09/12/2021

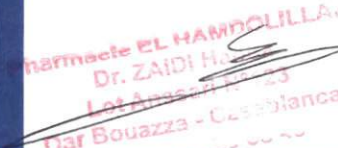
Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019




# 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
01/11/2021	Congé		#15,000M	 <b>Dr. Xavier MEON</b> <b>Médecine Générale</b> 24, Lotissement EL ANSARI - Dar Bouazza Casablanca - Tél : 0522 96 10 87

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie EL HAMDOLILLA Dr. ZAIDI H. Lot Anasari 25 Dar Bouazza - Casablanca	01/11/2021	363,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	01/11/2021	BHN 350	350DH

# AUXILIAIRES MEDICAUX

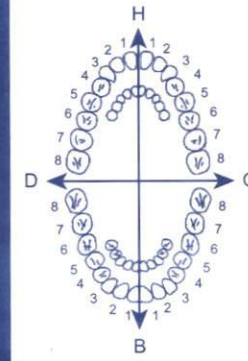
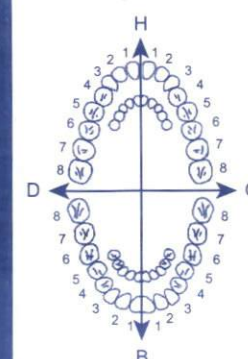
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</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> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Dr Xavier MEON**

Médecine générale



الدكتور جزاف  
طب عام  
خريج كلية الطب بـ

**ZINASKIN® 45 mg**

PPV 40DH90

EXP 08/2024  
LOT 15038 93

20 comprimés effervescents

LOT N°:

UT. AV:

PPV (DH):

42,00

**M. LABRIM Sofian**

**CASABLANCA, le :**

**Ordonnance**

01/11/2021

29/7-  
AZIX 500mg :

1 cp le premier jour puis 1/2 cp pendant 6 jours

PPV:79DH70

PER:08/24

LOT:K2177

420- SOLUPRED 20mg : à partir du 6ème jour  
2 cp le matin pendant 6 jours

(de PREONI 20mg)

PPV:79DH70

PER:08/24

LOT:K2177

30/7- KARDEGIC 75mg :

1 sachet par jour pendant 20 jours

26/7- VITAMINE C 1000 mg :

2 cp par jour pendant 15 jours

14/00- DOLIPRANE 1000mg :

1 cp trois fois par jour si besoin

10/00- ZINASKIN : 2 cp pendant 10 jours

D-CURE FORTE 1000000UI : 1 ampoule en une prise

Pharmacie EL HAMDOLLA  
Dr. ZAIDI Hafid  
Lot Ansari No. 24  
Dar Bouazza - Casablanca

KARDEGIC 75MG  
SACHETS 830  
P.P.V.:30DH70  
LOT:21E006  
PER:12/2022



**Dr. Xavier MEON**  
Médecine Générale

Lotissement EL ANSARI - Dar Bouazza  
Casablanca - Tél : 0522 96 10 87  
Docteur Xavier MEON

PPV:49,60 DH  
LOT: 21H23  
EXP: 08/2024

PPV:14DH00  
PER:09/24  
LOT:K2328

24, Lotissement El Ansari. Dar Bouazza. Casablanca

Tél : 05 22 96 10 87

إقامة الأنصاري . دار بوعزة. الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 96 10 87

IF : 37599555 - INPE : 091240218 - Patente : 32961156 - ICE : 002307402000045



**Vita C1000®**

PPU 26DH90

EXP 02/2024  
LOT 11043 10



**Dr Xavier MEON**

Médecine générale

Diplômé de la faculté de médecine de Bordeaux



الدكتور جزاقي ميون

طب عام

خريج كلية الطب ببوردو

**M. LABRIM Sofian**

**CASABLANCA, le :**

**Ordonnance**

01/11/2021

Merci de réaliser :

Test RT-PCR COVID

Docteur Xavier MEON



**Dr. Xavier MEON**  
Médecine Générale

24, Lotissement EL ANSARI - Dar Bouazza  
Casablanca - Tél : 0522 96 10 87

24, Lotissement El Ansari, Dar Bouazza, Casablanca

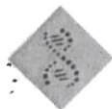
Tél : 05 22 96 10 87

إقامة الأنصاري - دار بوعزة - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 96 10 87

IF : 37599555 - INPE : 091240218 - Patente : 32961156 - ICE : 002307402000045





LIAB

المختبر الدولي للتحاليل الطبية  
LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMEDICALES

Casablanca le, 01-11-2021

**FACTURE N° 000221857**

**Nom, Prénom du patient :** Mr SOFIAN LABRIM

**Date de l'examen :** 01-11-2021

**Type d'examen :** Examen biologique

**Demande N° :** 2111010219

**Médecin demandeur :**

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
	DECLARATION	0	
	Test de dépistage E-Gene et de confirmation de Coronavirus-RdRP-Gene	-	HN

**Total des BHN :** 350

**Montant total en chiffre :** 350DHS

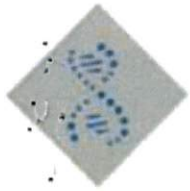
**Montant Total en lettres :** trois cent cinquante dirham

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 :** 50367069 ; **CNSS :** 8844103 ; **Patente :** 36341724 ; **N°ICE :** 002863495000067 ; **INPE Biologiste :** 097167290 ;  
**INPE laboratoire :** 093060846





# LIAB

المختبر الدولي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMEDICALES

Dossier N° : 2111010219; MR SOFIAN LABRIM ;  
Né(e) le : 02-01-1991

Demande validée biologiquement par : PROF IDRISSE LARBI



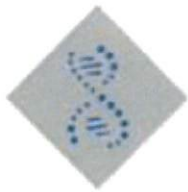
#### Horaires d'ouverture

**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





# LIAB

المختبر الدولي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMEDICALES

## COMPTE RENDU D'ANALYSES

Medecin Prescripteur :

CIN: CD243473

Passeport :

Correspondant : RAM

Edition du: 30-11-2021 à 13:18

Dossier N° : 2111010219 -

MR SOFIAN LABRIM

Né(e) le : 02-01-1991

Prélevé : reçu le 01-11-2021

à 13:05

Analyses	Résultats	Intervalles de référence	Antériorités
----------	-----------	--------------------------	--------------

### BIOLOGIE MOLECULAIRE

#### Test de détection du coronavirus (COVID-19):

RT-PCR-GeneFinder COVID-19 Plus / TaqPath ThermoFisher

Nature de prélèvement:

nasopharyngé.

**RESULTATS:**

**POSITIF**

ORF1ab: 16.32

N: 11.77

S: 20.62

**INTERPRETATION:**

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

Validé le :

01-11-2021

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.

