

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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 des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma



Déclaration de Maladie

N° M21- 0061333

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7067 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHAHAB AMINA
 Date de naissance : 02/10/1956
 Adresse : habituel
 Tél. : 06 61 18 19 38 Total des frais engagés : 1580,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Ouafae GUESSEUS KRAFFES
 Médecine Générale - Echographie
 8, Rue Assaad Bnou Zarara - 3ème Etage
 Mabrif - Casablanca
 Tél : 022.98.80.71 / 061.41.17.27
 INPE : 091014357

Date de consultation : 10/06/2022
 Nom et prénom du malade : Chahab Amina Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Douleur
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Aff. thyroïdienne
 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 : 30/06/2022 Le : / /
 Signature de l'adhérent(e) :

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
10/06/22				
22/06/22	Contrôle			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	10/06/22	580,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	10/06/22	B, L03, R01, R34	400,00
	22/06/22	B, L03, R01, R34	400,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

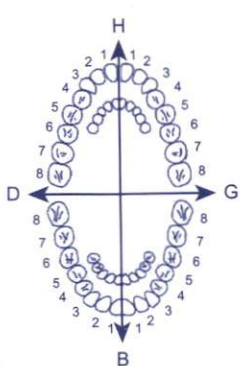
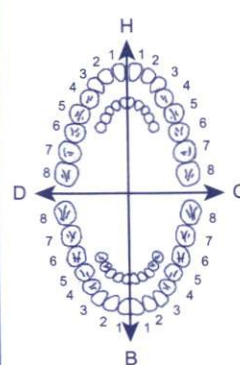
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitements canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	(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"/>																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Ouafae Guessous Krafess

Cabinet de Médecine Générale

Echographie

Expertise médicale - Diabétologie

Psychologie médicale



الركتورة وفاء الشوس الكرافس

عيادة الطب العام

الفحص بالصدى

الخبرة الطبية - مرض السكري

التشخيص النفسي الطبي

Casablanca, le 10629 في الدار البيضاء

59,90 x 2 Echographie Aigu
29,90 x 10
19,30 x 10
15,30 x 2
89,00
89,50
19,50 x 2
14,00
580,80

PHARMACIE PORTE D'ANFA
197, Bd. Bourgoine - Casablanca
Tél.: 05 22 36 92 59 - RC : 447169
ICE : 002312695000015

79,30

Lot: 210729
A consommer avant le: 09/2024
PNC: 89,50 DH

Dr. Ouafae GUESSOUS KRAFFESS
Médecine Générale - Echographie
8, Rue Assaad Bnou Zarara - 3ème Etage
Maârif - Casablanca
Tél: 022 99 77 7661.41.17
INRE: 091014357

PPV:14DH00

PER:02/25

LOT:L447

Vita C 1000®

PPV 15DH30
EXP 01/2025
LOT 19036 16

Vita C 1000®

PPV 15DH30
EXP 01/2025
LOT 19036 16

Olizinc

Complément alimentaire à base de Zinc

CONDITIONNEMENT: 30 comprimés

Complément alimentaire, n'est pas un médicament.

DOSE JOURNALIERE

RECOMMANDÉE: prendre 1 comprimé par jour de préférence après les repas.

PRECAUTIONS:

ne pas dépasser la dose journalière maximale recommandée. Les compléments alimentaires ne remplacent pas un régime alimentaire équilibré et un mode de vie sain, et ne peuvent pas être utilisés comme substitut d'un régime varié. Ne pas utiliser en cas d'hypersensibilité à l'un des ingrédients.

 Pharmacy laboratoires, Warsaw, Poland

Exploitant:

Laboratoires AYIKA, Tournefeuille - FRANCE

Importé et distribué par:

BIOCIDIS PHARMA - 68, BD Abdelatif
Benkaddour, Résidence Waïara, Entrée A et
B, Elg 4 Appt 11, Racine, Casablanca 20000.
Tél : +212 (0)5222949402

Composition	1 comprimé contient
Zinc (Gluconate de zinc)	15 mg

CONSERVATION: Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

A conserver dans un endroit sec.

INGREDIENTS: Zinc, cellulose microcristalline (agent de charge), amidon de pomme de terre, dioxyde de silicium (humectant), stéarate de magnésium (agent anti-agglomérant).



30 comprimés
Poids net : 12g

Olizinc
Complément alimentaire à base de Zinc

Complément alimentaire à base de Zinc
Olizinc

OLIZINC Complément alimentaire

30 comprimés

N° d'enregistrement au Ministère de la santé du Maroc : DA2020210615DMP/20UCA/V1

N° de lot:

Date de fabrication:

A consommer de préférence avant le:

PPC : 89 DH

أنرويكس®

كلبتوس / بروبوليس

مشروب

LOT 101419/FC30
PER 12/2024
PPC 59,50

أنرويدكس®

كلبتوس / بروبوليس

مشروب

LOT 101419/FC30
PER 12/2024
PPC 59,50

ماكس *

روميسين

كياس (مسحوق لمزيج معلق للشرب)



ماكس له فعالية على التعفنات الناجمة عن جراثيم يؤثر عليها.

UT.AV. :

P.P.V.

LOT N° :

09366030/4

استشارة الطبيب المعالج - يجب الاطاعة إلى علم الطبيب المعالج بأي

أمام عدم وجود معطيات علمية، ينصح عدم استعمال مشتقات مهماز الجود.

احتياطات الاستعمال :

- يجب إخطار علم الطبيب المعالج في حالة :
- ضعف في وظيفة الكبد.
- ردود فعل حساسية.
- اضطرابات جلدية ناجمة عن حالة حساسية.
- حالة حمل.
- حالة رضاع.
- أخذ أدوية أخرى في آن واحد.

التأثيرات الجانبية :

- اضطرابات هضمية : غثيان، قيء، إسهال وأوجاع بطنية.
- ردود فعل حساسية : حكة، طفح جلدي، أو ديماكوبنك.

المقادير :

- التقيد بوصفة الطبيب
- للبالغين والأطفال الذين يزيد وزنهم عن 45 كغ : قرص واحد من عيار 500 ملغ في اليوم لمدة 3 أيام.
- للأطفال الذين يقل وزنهم عن 45 كغ : 10 ملغ/كغ وزنا يوميا مدة 3 أيام.

كيفية الاستعمال :

- زيتروماكس أقراص ومزيج معلق : يمكن أخذه في أي حين من اليوم خلال أو خارج الوجبة الغذائية.
- زيتروماكس مزيج معلق للشرب : حرك القنينة قبل إضافة الماء، أضف 9 ملل من الماء البارد الغير الغازي باستعمال الأنبوب المعبر الموجود داخل العلبة ثم حرك جيدا حتى يمزج الخليط تماما.
- يمكن الاحتفاظ بالارزاج بعد تكوينه مدة 5 أيام في حرارة عادية. توجد داخل العلبة محقنة وملعقة معيرة لأخذ الكمية المدققة من الدواء حسب وزن الطفل :

كمية الدواء	مرة واحدة في اليوم لمدة 3 أيام	سن ووزن الطفل
حسب وزن الطفل	10 ملغ/كغ وزنا باستعمال المحقنة	إلى 15 كغ
200 ملغ	5 ملل باستعمال الملعة المعيرة	من 16 إلى 25 كغ
300 ملغ	7,5 ملل باستعمال الملعة المعيرة	من 26 إلى 35 كغ
400 ملغ	10 ملل باستعمال الملعة المعيرة	من 36 إلى 45 كغ

- زيتروماكس أكياس : يفرغ محتوى الكيس في قليل من الماء البارد الغير الغازي.

مرة واحدة في اليوم لمدة 3 أيام	سن ووزن الطفل
كيس 100 ملغ	أقل من 3 سنوات
كيس 200 ملغ	من 3 إلى 7 سنوات (16 إلى 25 كغ)
كيس 300 ملغ	من 8 إلى 11 سنة (26 إلى 35 كغ)
كيس 400 ملغ	من 12 إلى 14 سنة (36 إلى 45 كغ)

التقديم :

- زيتروماكس أقراص : من عيار 500 ملغ من الأيتروميسين، علبة 3 أقراص
- زيتروماكس مزيج معلق : مسحوق لتكوين مزيج معلق للشرب من : الأيتروميسين 200 ملغ/5 ملل، قنينة 15 ملل
- زيتروماكس أكياس :

- زيتروماكس 100 ملغ أكياس : علبة 3 أكياس
- زيتروماكس 200 ملغ أكياس : علبة 3 أكياس
- زيتروماكس 300 ملغ أكياس : علبة 3 أكياس
- زيتروماكس 400 ملغ أكياس : علبة 3 أكياس

* علامة مسجلة لفايزر إنك، الولايات المتحدة (تحت رخصة بليفا)
مختبرات فايزر ش.م. طريق الوالدية - الجديدة - المغرب.

ماكس *

روميسين

كياس (مسحوق لمزيج معلق للشرب)



ماكس له فعالية على التعفنات الناجمة عن جراثيم يؤثر عليها.

UT.AV. :

P.P.V.

LOT N° :

09366030/4

استشارة الطبيب المعالج - يجب الاطاعة إلى علم الطبيب المعالج بأي

أمام عدم وجود معطيات علمية، ينصح عدم استعمال مشتقات مهماز الجود.

احتياطات الاستعمال :

- يجب إخطار علم الطبيب المعالج في حالة :
- ضعف في وظيفة الكبد.
- ردود فعل حساسية.
- اضطرابات جلدية ناجمة عن حالة حساسية.
- حالة حمل.
- حالة رضاع.
- أخذ أدوية أخرى في آن واحد.

التأثيرات الجانبية :

- اضطرابات هضمية : غثيان، قيء، إسهال وأوجاع بطنية.
- ردود فعل حساسية : حكة، طفح جلدي، أو ديماكوبنك.

المقادير :

- التقيد بوصفة الطبيب
- للبالغين والأطفال الذين يزيد وزنهم عن 45 كغ : قرص واحد من عيار 500 ملغ في اليوم لمدة 3 أيام.
- للأطفال الذين يقل وزنهم عن 45 كغ : 10 ملغ/كغ وزنا يوميا مدة 3 أيام.

كيفية الاستعمال :

- زيتروماكس أقراص ومزيج معلق : يمكن أخذه في أي حين من اليوم خلال أو خارج الوجبة الغذائية.
- زيتروماكس مزيج معلق للشرب : حرك القنينة قبل إضافة الماء، أضف 9 ملل من الماء البارد الغير الغازي باستعمال الأنبوب المعبر الموجود داخل العلبة ثم حرك جيدا حتى يمزج الخليط تماما.
- يمكن الاحتفاظ بالارزاج بعد تكوينه مدة 5 أيام في حرارة عادية. توجد داخل العلبة محقنة وملعقة معيرة لأخذ الكمية المدققة من الدواء حسب وزن الطفل :

كمية الدواء	مرة واحدة في اليوم لمدة 3 أيام	سن ووزن الطفل
حسب وزن الطفل	10 ملغ/كغ وزنا باستعمال المحقنة	إلى 15 كغ
200 ملغ	5 ملل باستعمال الملعة المعيرة	من 16 إلى 25 كغ
300 ملغ	7,5 ملل باستعمال الملعة المعيرة	من 26 إلى 35 كغ
400 ملغ	10 ملل باستعمال الملعة المعيرة	من 36 إلى 45 كغ

- زيتروماكس أكياس : يفرغ محتوى الكيس في قليل من الماء البارد الغير الغازي.

مرة واحدة في اليوم لمدة 3 أيام	سن ووزن الطفل
كيس 100 ملغ	أقل من 3 سنوات
كيس 200 ملغ	من 3 إلى 7 سنوات (16 إلى 25 كغ)
كيس 300 ملغ	من 8 إلى 11 سنة (26 إلى 35 كغ)
كيس 400 ملغ	من 12 إلى 14 سنة (36 إلى 45 كغ)

التقديم :

- زيتروماكس أقراص : من عيار 500 ملغ من الأيتروميسين، علبة 3 أقراص
- زيتروماكس مزيج معلق : مسحوق لتكوين مزيج معلق للشرب من : الأيتروميسين 200 ملغ/5 ملل، قنينة 15 ملل
- زيتروماكس أكياس :

- زيتروماكس 100 ملغ أكياس : علبة 3 أكياس
- زيتروماكس 200 ملغ أكياس : علبة 3 أكياس
- زيتروماكس 300 ملغ أكياس : علبة 3 أكياس
- زيتروماكس 400 ملغ أكياس : علبة 3 أكياس

* علامة مسجلة لفايزر إنك، الولايات المتحدة (تحت رخصة بليفا)
مختبرات فايزر ش.م. طريق الوالدية - الجديدة - المغرب.

Date : 22/06/22.....

ORDONNANCE

M^{me} Chahab Amino

RT PCR Sans COV2

LABORATOIRE ZIZI D'ANALISES
MEDICALES
Avenue du Phar Résidence KENZ
N°5, Racine Extension Bourgogne
Tél: 05 22 36 87 49/54 - Casablanca

Dr Ouafae GUESSOUS KRAFISS
Médecine Générale - Echographie
8, Rue Assaad Bnou Zayza - 3^{ème} Etage
Maârif - Casablanca
Tél : 022.98.80.77 / 061.41.17.27
INPE : 091014357



Docteur ZIZI Abdelhafid

Diplôme de la Faculté Paris V
Spécialiste en Bactério - Virologie
Biochimie - Hematologie - Immunologie
Parasito - Mycologie

Date du prélèvement : 22-06-2022 à 10:27

Code patient : 2107120067

Né(e) le : 02-10-1956 (65 ans)



Mme CHAHAB SD9536089 Amina

Dossier N° : 2206220045

Prescripteur :

ANALYSES SPECIALISEES

BIOLOGIE MOLECULAIRE (RT - PCR - COVID - 19)

Nature de prélèvement :

Naso-pharyngé

Résultat :

NÉGATIF

Conclusion:

Absence de l'ARN SARS-COV-2

Ct

N.B : un résultat négatif n'exclut pas la maladie, à confronter avec les données cliniques.

Validé par : Dr. ABDELHAFID ZIZI

LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES
MÉDICALES
Avenue du Phare Résidence KENZ
N°5 Racine Extension Bourgogne
Tél: 0522 36 87 49/54 - Casablanca

LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES MEDICALES

5, Avenue du Docetur Mohamed Sijelmassi (ex Av du phare) - Résidence KENZ

Racine extension Bourgogne -Casablanca.

Tél : 0522 368749 Fax : 0522 368754

N° de patente : 33104766 ICE : 00168 1325 000031 INPE : 097159503

IF : 41404766

FACTURE N° : 220600345

CASABLANCA le 22-06-2022

Mme CHAHAB SD9536089 Amina

Prescripteur :

Analyses effectuées le 22-06-2022

Récapitulatif des analyses			
<i>CN</i>	<i>Analyse</i>	<i>Val</i>	<i>Clefs</i>
ECOUV	Prélèvement sur écouvillon ou mycologique	E25	E
	BIOLOGIE MOLECULAIRE (SARS – CORONAVIRUS 2)	B503	B

Total des B : 503

TOTAL DOSSIER : 400.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cents dirham s.

LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES
MEDICALES
Avenue du Phare Résidence KENZ
N°5, Racine Extension Bourgogne
Tél: 05 22 36 87 49/54 - Casablanca

Date : 10/06/22

ORDONNANCE

M^{me} Chahab Amino

RT PCR sans CoV2

LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES
MEDICALES
Avenue du Phar Résidence KENZ
N°5, Racine Extension Bourgogne
Tél: 05 22 36 87 49/54 - Casablanca

Dr Ouafae GUESSOUS KRAFISS
Médecine Générale - Echographie
8, Rue Assaad Brou Zayara - 3^{ème} Etage
Maârif - Casablanca
Tél : 022.98.80.71 / 061.41.17.27
INPE : 091014357

Docteur ZIZI Abdelhafid

Diplôme de la Faculté Paris V
Spécialiste en Bactério - Virologie
Biochimie - Hematologie - Immunologie
Parasito - Mycologie

Date du prélèvement : 10-06-2022 à 11:22

Code patient : 2107120067

Né(e) le : 02-10-1956 (65 ans)



Mme CHAHAB SD9536089 Amina

Dossier N° : 2206100063

Prescripteur :

ANALYSES SPECIALISEES

BIOLOGIE MOLECULAIRE (RT - PCR - COVID - 19)

Nature de prélèvement :

Naso-pharyngé

Résultat :

POSITIF

Conclusion:

Présence de l'ARN SARS-COV-2

Ct

24.00

N.B : un résultat négatif n'exclut pas la maladie, à confronter avec les données cliniques.

Validé par : Dr. ABDELHAFID ZIZI

LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES
MÉDICALES
Avenue du Phare Résidence KENZ
N°5 Racine Extension Bourgogne
Tél: 0522 36 87 49/54 - Casablanca

LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES MEDICALES

5, Avenue du Docteur Mohamed Sijelmassi (ex Av du phare) - Résidence KENZ

Racine extension Bourgogne -Casablanca.

Tél : 0522 368749 Fax : 0522 368754

N° de patente : 33104766 ICE : 00168 1325 000031 INPE : 097159503

IF : 41404766

FACTURE N° : 220600344

CASABLANCA le 10-06-2022
Mme CHAHAB SD9536089 Amina

Prescripteur :

Analyses effectuées le 10-06-2022

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
ECOUV	Prélèvement sur écouvillon ou mycologique	E25	E
	BIOLOGIE MOLECULAIRE (SARS – CORONAVIRUS 2)	B503	B

Total des B : 503

TOTAL DOSSIER : 400.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cents dirham s.

LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES
MEDICALES
Avenue du Phare Résidence KENZ
N°5, Racine Extension Bourgogne
Tél: 05 22 36 87 49 / 54 - Casablanca