

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

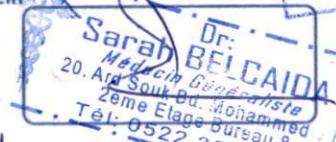
Adresses Mails utiles

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

N° W21-717160

121610

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	10646	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	MOUNA BIR
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 066108063 Total des frais engagés			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 08/06/2022			
Nom et prénom du malade : Mouna Bir Fatima			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Synd grippe à 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 : _____ Le : _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) :

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
08/06/22 CS		150 DT	INP : 106118233	



EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i>	08/06/22	£ 219,00 - DT

ANALYSES - RADIGRAPHIES

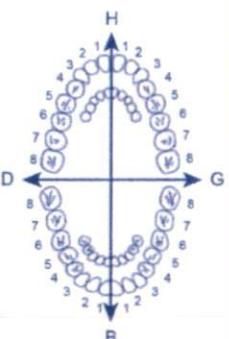
Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>[Signature]</i>	08/06/22	B + 400	1000,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

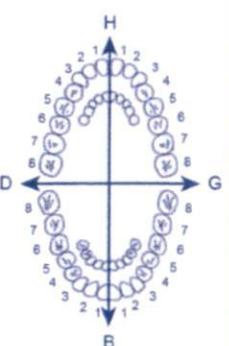
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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

Docteur Sarah BELKAÏD

الدكتورة سارة بلقيدة

Médecine Générale

- Diplôme universitaire en échographie
- Diplôme universitaire de Gynécologie suivi de grossesse et infertilité de l'université de bordeaux - France
- Electrocardiogramme
- Visite pour permis de conduire



الطب العام

- دبلوم الفحص بالصدى
- دبلوم أمراض النساء، تتبع الحمل والعمق من جامعة بوردو - فرنسا
- التخطيط الكهربائي للقلب
- فحص رخصة السياقة

Ordonnance

Berrechid le :

08/06/2022

Mounahair

Fatiha

rx. 1
- AZIX 500 mg po 3/24

rx. 2
- Vit C 14/18 mg po 3/24

rx. 3
- Oligofunc 14/18 mg po 3/24

rx. 4
- VIT D3 6000 IU po 1/24

rx. 5
- Delipranol 10 mg po 1/24

rx. 6
- ~~Ma 10 mg po 1/24~~

14,60
 P.P.V 14 DH 60
 PER 02 / 25
 LOT L670
 S.1

Dr. Sarah BELKAÏD
 Médecin Généraliste
 20, Rue Souk Bd Mohamed V
 2ème Etage Bureau 8
 Tel: 0522 23 69 30

20. شارع محمد الخامس بجزئه نصر الله قرب مخبزة المدينة (فوق BMCE Bank)

20, Bd Mohamed V Lotissement Naser Allah (en dessus de BMCE Bank) - Berrechid

Tél.: 05 22 33 68 30

FATIGUE - CONVALESCENCE

VITAMINE C 1000 mg

GALENICA

10
COMPRIMÉS
EFFERVESCENTS

Volte orale

ARÔME ORANGE



VITAMINE C 1000 mg

GALENICA

10 Comprimés effervescents

Lot N°/Date Per. :

EVC A L 1 V FA 03

AZIX®

Azithromycine

500 mg

Voie orale

PPV 79DH70
PER 08/24
LOT K2274

29,30



3 Comprimés
sécables

bottU s.a.

82, Allée des Casuarinas - Aïn Séba - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable



BATCH MAN 1121

HP419 EXP 1025

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml

Respecter les doses prescrites / Follow the stated doses

تقدير تماماً بالجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance / Only upon prescription/
يصرف فقط بموجب وصفة طبية

لائحة Liste II - List II - II

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR



6 1 1 8 0 0 1 2 7 2 2 2 8

PPV: 20,90 DH

Titulaire de la décision d'enregistrement /
MA holder / صاحب مقرر التسجيل



BOUCHARA-RECORDATI

GROUP

70, avenue du Général de Gaulle
92800 PUTEAUX - FRANCE
Tél.: +33(0)1 45 19 10 00

Fabricant / Manufacturer / المُصَنِّع
HAUPT PHARMA
1, rue Comte de Sinard
26250 LIVRON SUR DROME - FRANCE

5



AYIKA
alimentaire

Poids net : 12g
comprimés
30

Olizinc
Complément alimentaire à base de Zinc

Olizinc
Complément alimentaire à base de Zinc

Olizinc
Complément alimentaire à base de Zinc

DOSE JOURNALIÈRE

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

PRÉCAUTIONS: 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.

CONDITIONNEMENT: 30 comprimés

Complément alimentaire, n'est pas un médicament.

■ Pharmacy laboratories, Warsaw, Poland

Exploitant:
Laboratoires AYIKA, Tournfeuille - FRANCE

Importé et distribué par:

BIÖCIDIS PHARMA - 68, BD Abdelatif Benkaddour, Résidence Wafaa, Entrée A et B, Etg 4 Apt 11, Racine, Casablanca 20000.
Tél : +212 (0)522949402

Composition

Zinc (Gluconate de zinc)

1 comprimé contient

15 mg

OLIZINC Complément alimentaire

30 comprimés

N° d'enregistrement au Ministère de la santé du Maroc : DA/2020/2010615DMP/20UCA/V1

N° de lot :

Date de fabrication :

A consommer de préférence avant le :

PRC : 89 DH

ORDONNANCE

Le: 08/06/22

Mouhalir Fatima

- Test covid nég.





L I A B

المختبر الدولي للتحاليلات الطبية
LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMÉDICALES

Casablanca le, 08-06-2022

FACTURE N° 000250050

Nom, Prénom du patient : Mme FATIHA MOUNABIR

Date de l'examen : 08-06-2022

Type d'examen : Examen biologique

Demande N° : 2206080055

Médecin demandeur :

Récapitulatif des analyses

<i>CN</i>	<i>Analyse</i>	<i>Val</i>	<i>Clefs</i>
	DECLARATION POSITIF AU SITE DU MINESTERE	0	
	Test de dépistage de Coronavirus	-	HN

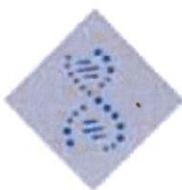
Total des BHN : 400

Montant total en chiffre : 400DHS

Montant Total en lettres : quatre 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.





LIAB

المختبر الدولي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMEDICALES

COMPTE RENDU D'ANALYSES

Medecin Prescripteur :

CIN: BH137526

Passeport :

Correspondant : COVID

Edition du: 14-06-2022 à 08:17

Dossier N° : 2206080055 –

MME FATIHA MOUNABIR

Né(e) le : 19-08-1972

Prélevé : au labo le 08-06-2022

à 08:30

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

BIOLOGIE MOLECULAIRE

Test de détection du coronavirus (SARS-COV-2): RT-PCR

TaqPath ThermoFisher – détection des gènes N, ORF1ab, S.

Nature de prélèvement: nasopharyngé.

RESULTATS: **POSITIF**

CT N gène: 22.25

CT ORF1ab: 24.68

CT S gène: 25.86

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

08-06-2022

Validé le :

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

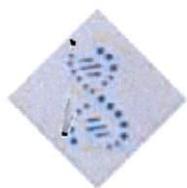
Horaires d'ouverture : Lundi au vendredi : 7h30–18h30/Samedi et jours fériés :

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

IF : 50367069 ; CNSS : 8844103 ; Patente : 36341724 ; N°ICE : 00286349500067 ; INPE Biologiste : 097167290 ;



LIAB

المختبر الدولي للتحاليلات الطبية

LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMEDICALES

Dossier N° : 2206080055; MME FATIHA MOUNABIR ;
Né(e) le : 19-08-1972

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