

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 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 (LQ) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-764937

131779

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10452 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ELAMRAOUI SETTI

Date de naissance : 26/07/1955

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint(e) ☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

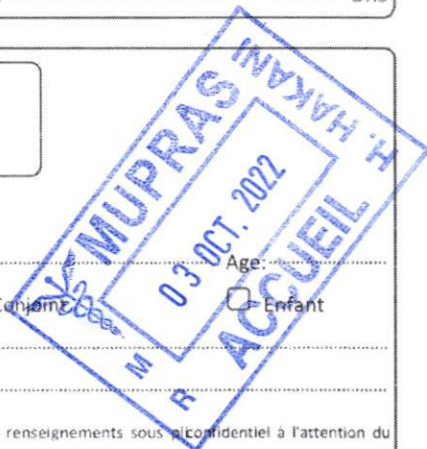
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 Le : 03/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



RELEVÉ DES PRESTATIONS		 الصندوق التعاوني المهني المغربي Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine
Date de paiement : 28/09/2022 Num Paiement : 1489821 Assuré : EL RHODAIBI HASSAN N° d'immatriculation : 10054129 Mode de règlement : Virement		EL RHODAIBI HASSAN (BANK OF AFRICA) AUC EL OULFA MAROC
Emis à Casablanca le : 30/09/2022		Page : 1

Nous avons le plaisir de vous informer ci-dessous des règlements effectués en votre faveur.

N° dossier	Date de soins	Actes	Qte	Coef	Taux de Remboursement	Dépenses	Base de remboursement	Remboursement autre mutuelle ou assurance	Montant rembourser	Motif rejet
Pour EL RHODAIBI FATIMA ZAHRA /30054132 \001CMIM0280M20220926084872										
ML9000855	26/07/2022	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1,00	85,00	250,00	300,00	0,00	212,50	
ML9000855	26/07/2022	PHARMACIE	1	1,00	85,00	403,70	403,70	0,00	343,15	
ML9000855	26/07/2022	PHARMACIE NON REMB	1	1,00		69,50	69,50	0,00	0,00	OBSERVATION// PHARMACIE NR
Total remboursé pour FATIMA ZAHRA						723,20			555,65	
Pour EL RHODAIBI HASSAN /10054129 \001CMIM0348M20220926085554										
ML8828675	23/06/2022	PCR COVID-19 (positif)	1	1,00	85,00	400,00	587,00	0,00	340,00	
ML8828675	23/06/2022	PHARMACIE	1	1,00	85,00	339,50	339,50	0,00	288,58	
Total remboursé pour HASSAN						739,50			628,58	
Total général remboursé									1 184,23	

QUELQUES CONSEILS POUR REMPLIR LA FEUILLE DE SOIN

- 1- La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les 3 mois qui suivent le premier acte médical.
- 2- les risques liés aux accidents de travail, de la voie publique et les maladies professionnelles, pouvant être indemnisés par un tiers responsable ne sont pas couverts.
- 3- l'obligation de remboursement prise par la CMIM est subordonnée au respect des conditions réglementaires.
- 4- La présente demande est remplie par le médecin lors de chaque visite et par le pharmacien lors de l'exécution de chaque ordonnance médicale.
- 5- les ordonnances sur lesquelles doivent être collées les codes-barres de produits pharmaceutiques (à défaut joindre la partie de l'emballage portant le prix du produit) et les prospectus des produits pharmaceutiques
- 6- Facture de l'opticien : lunettes & lentilles
- 7- Prescription des analyses et radio
- 8- Copies des résultats des analyses et comptes rendus des radiographies doivent être joints aux ordonnances transmises
- 9- Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible de sanctions légales et réglementaires.

NOTE D'INFORMATION RELATIVE A LA LOI 09-08

Les données collectées par la CMIM sont nécessaires à la Gestion des remboursements des dossiers Maladie/ Maternité.

Peuvent seuls, dans la limite de leurs attributions respectives, être destinataires de ces informations: le personnel de la CMIM, les médecins conseil, les affiliés, le souscripteur, les praticiens conventionnés, le dispositif de contrôle externe et les organes de règlement du secteur en cas de besoin.

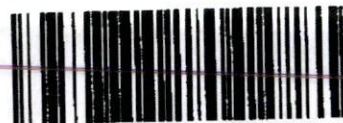
Conformément à la loi n°09-08, vous pouvez accéder aux informations vous concernant, les rectifier ou vous opposer au traitement de vos données pour motif légitime, par courrier avec accusé de réception à l'adresse suivante : CMIM, service audit interne, 36 bd d'anfa, 20000-CASABLANCA.

Ce traitement a reçu récépissé de la commission nationale de contrôle de la protection des données à caractère personnel, sous le numéro A-161/2013, en date du 28 /02 /2014



DEMANDE DE REMBOURSEMENT FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

REFERENCE DOSSIER



* ML9000855 *

(Réservée à la CMIM)

D: _____

T: _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : EL AHMADI HASSAN
MATRICULE ASSURE : 101954129 N° CIN : 8084943

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : EL AHMADI FATMA ZAHRA Lien de parenté : filles
MATRICULE BENEFICIAIRE : _____
Date de naissance : 15/08/11
Montant des frais (DHS) : 723,2 Nombre de pièces jointes : 02

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT

EMPLOYEUR	CACHET DE LA MUTUELLE
Numéro bordereau : _____	
CACHET	

SIEGE SOCIAL : 36, Boulevard d'anfa - CASABLANCA Tél: 0522.20.24.20/21 Fax : 0522.26.24.51

Cette feuille est téléchargeable sur votre extranet : www.cmim.ma

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du malade: EPHRAÏME
 Nature de la maladie: Diabète + Arterio-sclérose
 CIM-10: E11.9

Nature des prestations

Praticien	Date début et fin de soin	Actes, quantité et coefficient	Dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INP (Obligatoire)
Médecin traitant	26/07/2022	22			
Radiographie	29 Juil 2022				
Analyses					

Praticien	Date début et fin de soins*	Actes, quantité et coefficient	Dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INP (Obligatoire)
Auxiliaires médicaux					

* la date fin de soins est obligatoire en cas de séances (kinésithérapie, Dialyse/psychothérapie...)

FRAIS PHARMACEUTIQUE **INPE**
 Code INP: 092025014


Date	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense	OBSERVATIONS
29/07/22	Diphénhydramine	01	270,00		
	Cetirizine	01	45,50		
	Nifédipine	01	36,40		
	Vitaminique	01	28,30		
	Sedatif	01	65,00		
	Circulair	01	69,50		
	TOTAL	06	122,90		

OPTIQUE

Code INP: 092025014

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

PHARMACIE EL LOTI
 Mme. BENJELLOUN NEAMA
 313, Rd. Oued Tensir El Oulfa
 Casablanca

Sesosthen P. (P.D.) 
65,00 22 bar
 er m'

- Ci a u b e x
69,50 80 h'

T = 413,20

~~DR. LAKHMANI - CHIRURGIE
 Médecine Générale
 130, Bd. Oued el Rayah, 5. Etage
 Algiers - Algérie - 21000~~

PHARMACIE EL LOT:
 Mme. BENJELLOUN NEAMA
 13, Bd. Oued el Rayah, El C.

Docteur LAKHMIRI-TABET Najiba

Médecine Générale

135, AV. Oued Ziz - Hay El Oulfa
(Derrière Station Total)
CASABLANCA 02

Tél. : Cab. : 212 522 905 168

ICE: 001621801000083

الدكتورة الخميري ثابت نجيب

الطب العام

135, شارع واد زيز حي الأولفة
وراء محطة طوطال
الدار البيضاء 02

الهاتف : العيادة : 212 522 905 168

Casablanca, le : 29 Jul 2022

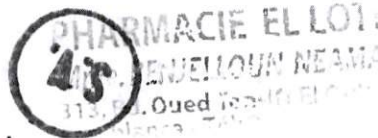
Mlle Fatma Zohra

RP Rho Dabs.

Gr-Kee 200

270,00

2x1



Coloflon 60.

45,50

2x1



Nesal 80, 100.

35,40

2x1



vit D 1000 F.

28,80

2x1



QUELQUES CONSEILS POUR REMPLIR LA FEUILLE DE SOIN

- 1- La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les 3 mois qui suivent le premier acte médical.
- 2- les risques liés aux accidents de travail, de la voie publique et les maladies professionnelles, Pouvant être indemnisés par un tiers responsable ne sont pas couverts.
- 3- l'obligation de remboursement prise par la CMIM est subordonnée au respect des conditions réglementaires.
- 4- La présente demande est remplie par le médecin lors de chaque visite et par le pharmacien lors de l'exécution de chaque ordonnance médicale.
- 5- les ordonnances sur lesquelles doivent être collées les codes-barres de produits pharmaceutiques (à défaut joindre la partie de l'emballage portant le prix du produit) et les prospectus des produits pharmaceutiques
- 6- Facture de l'opticien : lunettes & lentilles
- 7- Prescription des analyses et radio
- 8- Copies des résultats des analyses et comptes rendus des radiographies doivent être joints aux ordonnances transmises
- 9- Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible de sanctions légales et réglementaires.

NOTE D'INFORMATION RELATIVE A LA LOI 09-08

Les données collectées par la CMIM sont nécessaires à la Gestion des remboursements des dossiers Maladie/ Maternité.

Peuvent seuls, dans la limite de leurs attributions respectives, être destinataires de ces informations: le personnel de la CMIM, les médecins conseil, les affiliés, le souscripteur, les praticiens conventionnés, le dispositif de contrôle externe et les organes de règlement du secteur en cas de besoin.

Conformément à la loi n°09-08, vous pouvez accéder aux informations vous concernant, les rectifier ou vous opposer au traitement de vos données pour motif légitime, par courrier avec accusé de réception à l'adresse suivante : CMIM, service audit interne, 36 bd d'anfa, 20000-CASABLANCA.

Ce traitement a reçu récépissé de la commission nationale de contrôle de la protection des données à caractère personnel, sous le numéro A-161/2013, en date du 28 /02 /2014



DEMANDE DE REMBOURSEMENT FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

REFERENCE DOSSIER



* ML8828675 *

(Réservée à la CMIM)

D: _____

T: _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : El Rhodhane Hassan

MATRICULE ASSURE : 110054489 N° CIN : 8584943

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : El Rhodhane Hassan Lien de parenté : 177

MATRICULE BENEFICIAIRE :

Date de naissance :

Montant des frais (DHS) : 789,50 Nombre de pièces jointes : 12

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT

EMPLOYEUR	CACHET DE LA MUTUELLE
Numéro bordereau :	
CACHET	

SIEGE SOCIAL: 36, Boulevard d'anfa – CASABLANCA Tél: 0522.20.24.20/21 Fax : 0522.26.24.51

Cette feuille est téléchargeable sur votre extranet : www.cmim.ma

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du malade: El Rhodabi Hana
 Nature de la maladie: Bronchite aigue
 CIM-10:

Nature des prestations

Praticien	Date début et fin de soin	Actes, quantité et coefficient	Dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INP (Obligatoire)
23/06/22 Médecin traitant	C	C	guit.	<p>Dr. ONK EL Mostafa Délégation Hay Hassan INPE: 111052916 Casablanca</p>	_____

Radiographie					_____

Analyses	23/06/22	PCR	400dh	<p>LABORATOIRE NATIONAL DE REFERENCE</p>	101910161181621

Praticien	Date début et fin de soins*	Actes, quantité et coefficient	Dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INP (Obligatoire)
Auxiliaires médicaux					_____

* la date fin de soins est obligatoire en cas de séances (kinésithérapie, Dialyse Psychothérapie...)

FRAIS PHARMACEUTIQUES

Code INP: _____

Date	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense	OBSERVATIONS
23/06/22	AZUR	2	6600		
	BANASK	2	6090		
	Solipar	1	1460		
	Lite	1	2670		
	Acupoint	2	4960		
	TOTAL			33510	

OPTIQUE

Code INP: _____

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

LOT: 21129
EXP: 09/2024

D-CURE FORTE 100.000 U.I.
solution buvable en ampoule, boîtes de 3.
Cholécalciférol (Vitamine D3)

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Vous devez toujours prendre ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou par votre médecin ou votre pharmacien.
- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la lire.
 - Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.
 - Si vous ressentez l'un des effets indésirables, contactez-en à votre médecin ou à votre pharmacien ou à votre pharmacien pour tout conseil ou information.
 - Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous avez des symptômes persistants.

QUE CONTIENT CETTE NOTICE ?

1. QU'EST-CE QUE D-CURE FORTE ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE D-CURE FORTE ?
3. COMMENT PRENDRE D-CURE FORTE ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ?
5. COMMENT CONSERVER D-CURE FORTE ?
6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

PPV: 49,60 DH
LOT: 21129
EXP: 09/2024

D-CURE FORTE 100.000 U.I.
solution buvable en ampoule, boîtes de 3.
Cholécalciférol (Vitamine D3)

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Vous devez toujours prendre ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou par votre médecin ou votre pharmacien.
- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la lire.
 - Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.
 - Si vous ressentez l'un des effets indésirables, contactez-en à votre médecin ou à votre pharmacien ou à votre pharmacien pour tout conseil ou information.
 - Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous avez des symptômes persistants.

QUE CONTIENT CETTE NOTICE ?

1. QU'EST-CE QUE D-CURE FORTE ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE D-CURE FORTE ?
3. COMMENT PRENDRE D-CURE FORTE ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ?
5. COMMENT CONSERVER D-CURE FORTE ?
6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

VITAMINE C 1g
Boîte de 20 comprimés effervescent
PPV: 26,50 DH
6 118000 190936

يجب حفظه بعيدا عن الحرارة والرطوبة

VITAMINE C 1g
Boîte de 20 comprimés effervescent
PPV: 26,50 DH
6 118000 190936

avant de prendre ce médicament, lisez attentivement la notice qui accompagne le médicament. Elle contient des informations importantes pour vous, notamment sur les effets indésirables et les précautions d'emploi.

Que contient cette notice :

1. QU'EST-CE QUE VITAMINE C[®] ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE VITAMINE C[®] ?
3. COMMENT PRENDRE VITAMINE C[®] ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ?
5. COMMENT CONSERVER VITAMINE C[®] ?
6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

1. QU'EST-CE QUE VITAMINE C[®] ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique :

ACIDE ASCORBIQUE (VIT C)

Indications thérapeutiques :

Ce médicament contient de la vitamine C. Il est indiqué dans les états de fatigue passagers dus à l'effort et de l'effort de plus de 15 ans. Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous avez des symptômes persistants.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE VITAMINE C[®] ?

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

Contre-indications :

Ne prenez jamais VITAMINE C[®] :

- Si vous êtes allergique (hypersensible) à la substance active ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament.
- Si vous présentez une insuffisance rénale sévère (défaillance grave des reins).

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.

Si vous avez des symptômes persistants, contactez votre médecin.



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
DELEGATION D'ARRONDISSEMENT
HAY HASSANI
CHP HAY HASSANI

Ordonnance

Casablanca, 23/06/22....

EL Rhodala Housse

① Azithromine 500

660
x2 1 1

② Zinco 100

4080
x2 1 1

③ Doliprane 1000

1460
x2 1 1

④ Vit C 1000

2650
x2 1 1

⑤ Scural 1000

4960
x2 1 1

⑥ 1000

3350

Docteur EL ONK El Mostafa
Délégation Hay Hassani
INPE: 111052918
Casablanca

110, Bd. BOUCHAIB REDDAD et Bd. OUED SEBBOU - Casablanca
Tél.: 05 22 90 76 56. Fax : 05 22 89 05 54

Identifiant du patient : 22F0000276

Date de naissance : 05/05/1967

Sexe : M

Date de l'examen : 23/06/2022

Prélevé le : 23/06/2022 à 12:48

Édité le : 23/06/2022 à 21:07

Mr EL RHODAIBI HASSAN

Dossier N° : C22060620



DÉPISTAGE ET SUIVI DE LA COVID-19

BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

(Recherche qualitative de l'ARN du SARS-CoV-2, PCR en temps réel)

Nature du prélèvement

: Ecouvillon nasopharyngé

CONCLUSION

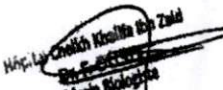
: ARN viral du SARS-CoV-2 négatif.


LABORATOIRE NATIONAL
DE REFERENCE

Le 23/06/2022 à 21:07

Signature

OUSTI Fadwa


Hadj. L. Chelch Khalifa Ben Zaid
Dr. F. OUSTI
Laboratoire Biologie

Laboratoire National de Référence

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca, Téléphone: +212 529 050233, Courriel: lnr@fckm.ma

Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.

FACTURE N° : 5224 / 22

Dossier réalisé le : 23/06/22 12:51

A l'attention de : **Mr EL RHODAIBI HASSAN**
Identifiant du patient : **22F0000276**

Analyses :

COVID-19 - PCR

B 400 400,00 DHS

Total dossier : 400,00 DH

**Arrêté la présente facture à la somme de :
QUATRE CENTS DIRHAMS**

LABORATOIRE NATIONAL
DE REFERENCE



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
DELEGATION D'ARRONDISSEMENT
HAY HASSANI
CHP HAY HASSANI

Ordonnance

Casablanca, 23/06/22

EL Khoudaibi Hassan

PCR Covid 19

LABORATOIRE NATIONAL
DE REFERENCE

Docteur EL ONK El Mostafa
Délégation Hay Hassani
INPE: 111052916
Casablanca