

## 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.

## Déclaration de Maladie

Nº W19-575827

68900

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>8140</b>	Société : <b>R-A-M</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>EL ALAMA MOONIR</b>			
Date de naissance : <b>15-06-70</b>			
Adresse : <b>Résidence Le CUB, Rte mby Thami N°35 Casa</b>			
Tél. : <b>06 67 27 57 44</b>	Total des frais engagés : <b>1671,50 Dhs</b>		
Cadre réservé au Médecin : <b>Lalla BENNOUNA Médecine Gén. Echographie Médecine du Travail Télé : 05 22 93 31 72</b>			
Cachet du médecin : <b>25 NOV. 2020</b>			
Date de consultation : <b>05/11/2020</b>			
Nom et prénom du malade : <b>20 Alama Moonir</b>			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : <b>Syndrome grippal</b>			
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 : **CASA** Le : **25/11/2020**

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
05/11/20			250 Dhs	Dr. Laila BENNOUAF Médecine Générale Tél: 0522 902 107 Fax: 0522 902 107
07/11/20 CTR		GT		Dr. Laila BENNOUAF Médecine Générale Tél: 0522 902 107 Fax: 0522 902 107

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Code de l'Ordre du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. TIPPE CLINIC 58, Route d'Alia Tel: 0522 902 107 Fax: 0522 902 107 May Hassan, Casab	05/11/20	821 Dhs

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LAB	05/11/20	P.S.T. 700	600 Dhs

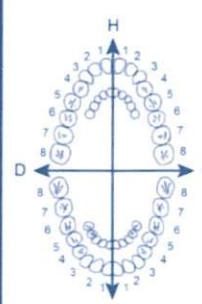
**AUXILIAIRES MEDICAUX**

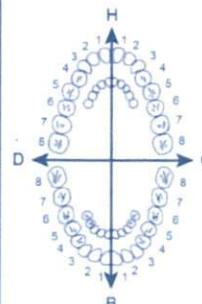
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

**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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412   21433552 00000000   00000000 D 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

الدكتورة ليلى بنونة

الطب العام

الفحص بالصدى

داء السكري

## أمراض النساء

التغذية

## تخسيس الوزن بالآلات متخصصة

Bennouna  
Générale  
aphie  
tologie  
cologie  
Obésité  
issement Spéc



55,00

sablanca, le

في ٢٠١١/٥/٥

الدار البيضاء، في

31880

29704 El Alamein

- 2 SV Rome

*PF* 80

rrw 1415

Monir

Phimylas

**PHARMACIE POLYCLINIQUE**  
**DR TIR Abdelaziz**  
58 Route Mly Thami Hay Hassan,  
Tél: 052 90 21 67 Casa

1480 л.с.р

- Dolostone

1188 X2

2960 d. 4231

- Vitamine

14 metin

Icp à mudi

**DR. SCARLETT**  
Nutritionist & Chiropractor  
11 Mly. Thami Mazola  
Saca - Tel.: 0322 9272

7، الطابق السفلي، زنقة 11، مولاي التهامي - مازولا - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 93 31 72

7. Rez-de-chaussée, Angle Moulay Thami et Rue 11 - Mazola - Casablanca - Tél.: 05 22 93 31 72

E-mail : centre.bennouna@gmail.com

34002

Zinc

S.P.

17000 X 2

2 gel / J

6330 Ballonyl  
1423 PT

= 821.50

SV

Jay

Dr. Salila BEN NOUNA  
Médecine Gé. Echographie  
7, RDC Rue 11 Mly. Thami Mazola  
Casablanca - Tél.: 05 22 02 /

PHARMACIE POLYCLINIQUE  
DR. TIR Abdelaziz  
DR. TIR Hay Hassan  
58, Route Mly Thami Casa  
Tel: 0522 90 21 61

# PHYTO SYSTEM

## ZINC

Auto.

Lot :

Exp :

PPC

170.00

# PHYTO SYSTEME

## ZINC

Auto. Ministère de la Santé N° :DA .....

Lot :

Exp :

PPC

170.00

PHARM&5

الدواء - الدار

أدواء فمارة

8

14,80

١٠٠٠

#### Ingrédients

Charbon végétal activé (162 mg),  
gélatine, dioxyde de titane.

#### Conseils d'utilisation

Prendre 2 gélules avec un grand verre d'eau,  
3 fois par jour à distance des repas,  
en complément d'une alimentation variée et  
équilibrée. Renouveler les prises en fonction  
des sensibilités individuelles.

Ne pas dépasser la dose journalière recommandée.

Complément alimentaire n'est pas médicament.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

A conserver à l'abri de l'humidité et de la chaleur.

LOT : 200311  
DLUD : 10/2023  
63,30DH

Fabriqué par :

  
Pharmaceutique  
146-147, Zone Industrielle  
Tit Mellil - Casablanca

## Composition :

Acide ascorbique ..... 1000 mg  
Excipients q.s.p ..... ½ comprimé effervescent.  
Excipients à effet notoire : E110, saccharose, sodium.  
Boîte de 10 comprimés effervescents.

## VITAMINE C 1g

Boîte de 10 comprimés effervescents

P.P.V. : 14,80 DH



6 118000 190929

AMM N° : 18/570DMP/21/NRQ

Dr Maria MAFTOUH  
~~Pharmacien Responsable~~

يحفظ بعيداً عن الحرارة والرطوبة.

Conserver à l'abri de la chaleur et de l'humidité.

Acide ascorbique ..... 1000 mg  
Excipients q.s.p ..... 1 comprimé effervescent.  
Excipients à effet notoire : E110, saccharose, sodium.  
Boîte de 10 comprimés effervescents.

Boîte de 10 comprimés effervescents

P.P.V. : 14,80 DH



6 118000 190929

AMM N° : 18/570DMP/21/NRQ

Dr Maria MAFTOUH  
~~Pharmacien Responsable~~

يحفظ بعيداً عن الحرارة والرطوبة.

Conserver à l'abri de la chaleur et de l'humidité.



# زيثرومаксين

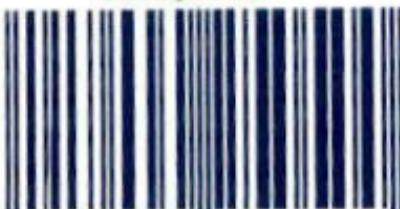
أزيثروميسين



**500 mg / 3 أقراص**

ZITHROMAX® 500 mg

3 comprimés



6 118000 250500

79,70

UT.AV. :

0 8 2 0 2 2

P.P.V.

• 7 9 7 0

LOT N° :

1 2 9 5 6 8 4



# زيثرومаксين

أزيثروميسين



**500 mg / 3 أقراص**

ZITHROMAX® 500 mg

3 comprimés



6 118000 250500

79,70

UT.AV. :

0 8 2 0 2 2

P.P.V.

• 7 9 7 0

LOT N° :

1 2 9 5 6 8 4



# زيثرومаксين

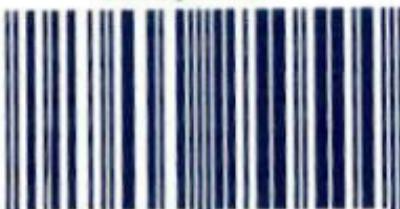
أزيثروميسين



**500 mg / 3 أقراص**

ZITHROMAX® 500 mg

3 comprimés



6 118000 250500

79,70

UT.AV. :

0 8 2 0 2 2

P.P.V.

• 7 9 7 0

LOT N° :

1 2 9 5 6 8 4



# زيثروماكسي

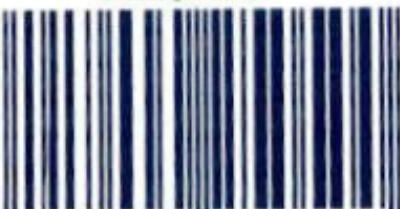
أزيثروميسين



500 mg / 3 أقراص

ZITHROMAX® 500 mg

3 comprimés



6 118000 250500

79,70

UT.AV. :

0 8 2 0 2 2

P.P.V.

• 7 9 7 0

LOT N° :

1 2 9 5 6 8 4

*Dr. Laila Bennouna*

Médecine Générale

Échographie

D U Diabétologie

D U Gynécologie

D U Nutrition - Obésité

Programme d'Amincissement Spécialisé



الدكتورة ليل بونوة

الطب العام

الفحص بالصدى

داء السكري

أمراض النساء

التغدية

تخسيس الوزن بآلات متخصصة

Casablanca le : ..... 05/11/20 ..... الدار البيضاء في :

Tkt Guid

PCR



Dr. Laila BENNOUNA  
Médecine Gén. Echographie  
Médecine du Travail  
Tél: 0522 4239 60  
Fax: 0522 2209 26

*LBB*

7. الطابق السفلي، زنقة 11، مولاي التهامي - مازولا - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.93.31.72

7, rez-de-chaussée, Angle Moulay thami et Rue 11 - Mazola - Casablanca-Tél.: 05.22.93.31.72

E-mail : centre.bennouna@gmail.com - ICE : 001876772000053

Casablanca le, 06-11-2020

## FACTURE N° 000154356

**Nom, Prénom du patient :** Mr Mounir EL ALAMA

**Date de l'examen :** 06-11-2020

**Type d'examen :** Examen biologique

**Demande N° :** 2011060187

**Médecin demandeur :**

### Récapitulatif des analyses

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

**Total des BHN :** 700

**Montant total en chiffre :** 600.04DHS

**Montant Total en lettres :** six cents dirham quatre centimes

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.



101, Boulevard Abdelmoumen, 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 :** 34720627 ; **N°ICE :** 001663876000025 ; **INPE Biogiste :** 107159782 ;

**INPE laboratoire :** 093060846

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