

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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.

adie 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.

SN
ND: 52360

Déclaration de Maladie : N° P19- 0010344

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00309 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : AGUERSAFENE J-M Date de naissance :

Adresse : N°5 Rue 151 GR E.P de Agdane Racheib

Tél. : 66 61 54 73 25 Total des frais engagés : 3428 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/10/2020

Nom et prénom du malade : AGUERSAFENE J-M Age: 84

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Dg

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 : Ca Sa Plan Caisse Le : 14/12/2020

Signature de l'adhérent(e) : DR

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

Yc 45/05/2020 C-300-02
Yc 15/05/2020 anh - gal

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
PHARMACIE SUFIANE
Groupe K Fournisseur N° 23/25
EL Oulfa - Casablanca
Tel : 05 22 89 09 63
I.C.E : 000500246000026

Cachet du Pharmacien
PHARMACIE SUFIANE
Groupe K Fournisseur N° 23/25
EL Oulfa - Casablanca
Tel : 05 22 89 09 63
I.C.E : 000500246000026

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

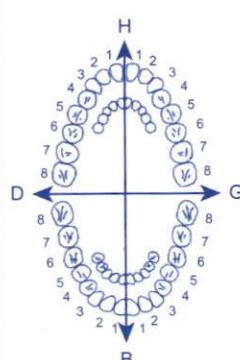
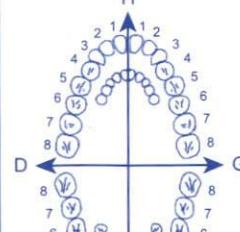
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX														
																		
																		
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
<table border="0" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 25%;">H</td> <td style="width: 25%;">21433552</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</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>B</td> <td></td> </tr> </table>					H	21433552	25533412	00000000	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H	21433552																	
25533412	00000000																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
[Création, remont, adjonction]																		
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		

valable 3 mois

Le 19.02.2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Rakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Docteur Salwa OUMARI

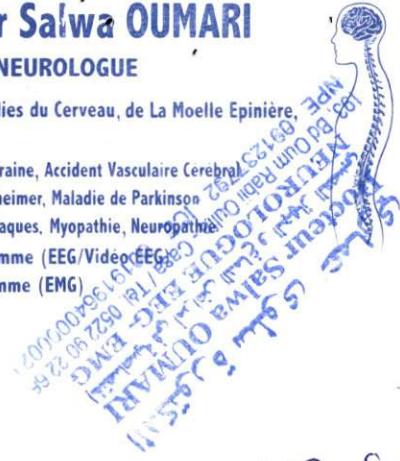
NEUROLOGUE

**Spécialiste des Maladies du Cerveau, de La Moelle Epinière,
du Nerf et du Muscle**

- Epilepsie, Migraine, Accident Vasculaire Cérébral
 - Maladie d'Alzheimer, Maladie de Parkinson
 - Sclérose en Plaques, Myopathie, Neuropathie

Electroencéphalogramme (EEG/Vidéo-EEG)

Electroneuromyogramme (EMG)



الدكتورة سلوى عماري

طبيعة اختصاصية في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

- أمراض الصرع، الام الرأس، الدوخة، جلطة الدماغ
 - مرض الزهيمير، مرض باركينسون، مرض التصلب المتعدد

الخطيط الكهربائي للدماغ الشكّة

الخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

6 adiac 120

Mr AGUERSAFNE GM.DA

339.00 x 6

1 / Standard

1 —

— 2 —

pdftotext

$\lambda_1 = \lambda_2$

for Dr. J.
1933 N.P.

DS
Docket No. 32-106
Date 10/20/02
Title ~~REUR~~
m'Read' Date 10/27/02

PHARMACIE AQUEFIAN
Groupe K, Rue 14 N° 23/25
EL Oufa - Casablanca
Tél. : 05 22 89 09 63
I.C.E : 000500246000026

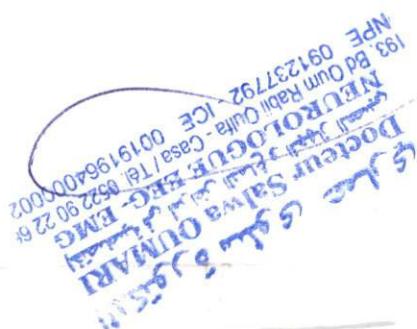
193 شارع أم الربيع. الطابق الأول رقم 3 - أقرب إلى متحف الدار البيضاء - الهاتف: 0522 90 22 66 - الماكس: 0522 90 33 03 - Oujda - Oum Babii 1er étage N° 3 - (Près de Lydec) - Oujda - Casablanca - TEL : 0522 90 22 66 - Fax : 0522 90 33 03

193 Bd. Oum Rabii, 1er étage, N° 3 - (Près de Lydec) - Oulfa - Casablanca - Tél. : 0522 90 22 66 - Fax : 0522 90 33 03

E-mail : s.oumari@bptmail.com

Tch *et* *je*
pot *com*

PHARMACIE SOUFIANE
Groupe K, Rue 154 N° 23/25
EL Oulfa - Casablanca
Tél. : 05 22 89 09
I.C.E : 000500246000026



STALEVO 100/25/200 mg

Boîte

NOVARTIS

PPV : 339,00 DH



Boîte de 30 comprimés pelliculés
PPV : 339,00 DH



6 118001 030712

Boîte de 30 comprimés pelliculés
PPV : 339,00 DH



6 118001 030712

Boîte de 30 comprimés pelliculés
PPV : 339,00 DH



6 118001 030712

Boîte de 30 comprimés pelliculés
PPV : 339,00 DH

NOVARTIS

PPV : 339,00 DH



6 118001 030712



6 118001 030712

Docteur Salwa OUMARI

NEUROLOGUE

Spécialiste des Maladies du Cerveau, de La Moelle Epinière,
du Nerf et du Muscle

- Epilepsie, Migraine, Accident Vasculaire Cérébral
- Maladie d'Alzheimer, Maladie de Parkinson
- Sclérose en Plaques, Myopathie, Neuropathie

Electroencéphalogramme (EEG) Video EEG

Electroneuromyogramme (EMG)



الدكتورة سلوى عماري

طبيبة اختصاصية في أمراض الدماغ و الجهاز العصبي

• أمراض الصرع، ألم الرأس، الدوحة، جلطة الدماغ

• مرض التهيمير، مرض باركينسون، مرض التصلب المتعدد

• أمراض الأعصاب والعضلات

التخطيط الكهربائي للدماغ : الشبكة

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

le 18/05/20

دكتورة سلوى عماري
الطبقة الأولى
العنوان: 193 Bd. Oum Rabii - Casablanca - Tél: 0522 90 22 66 - Fax: 0522 90 33 03
E-mail: s.oumari@hotmail.com

Mr AUGUSTIN E OMÉMA

298,00 x 3

1 / Mandat 200r

S.V.

C/2 +

x 65

894,00

pdr 3 m

دكتورة سلوى عماري
الطبقة الأولى
العنوان: 193 Bd. Oum Rabii - Casablanca - Tél: 0522 90 22 66 - Fax: 0522 90 33 03
E-mail: s.oumari@hotmail.com

PHARMACIE SOUFIANE
Groupe K, Rte 154 N° 23/25
El Oued - Casablanca
Tél.: 05 22 89 09 63
I.C.E : 000500246000026

193. شارع أم الربيع، الطابق الأول، الرقم 3 - (قرب ليديك) - الألفة - الدار البيضاء - الهاتف: 0522 90 33 03 - الفاكس: 0522 90 22 66

193, Bd. Oum Rabii, 1er étage, N° 3 - (Près de Lydec) - Oulfa - Casablanca - Tél.: 0522 90 22 66 - Fax : 0522 90 33 03

E-mail : s.oumari@hotmail.com

Distribué par
Roche S.A. Maroc
225 Bd. D'Anfa Casablanca
MADOPAR 250 / 100 comprimés
P.P.V. : 298,00 DH

6 118001 050697

Distribué par Roche S.A.
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivoire 05, Casablanca Marina
MADOPAR 200/50-100 comprimés
P.P.V. : 298,00 DH

6 118001 050697

Distribué par
Roche S.A. Maroc
225 Bd. D'Anfa Casablanca
MADOPAR 250 mg 100 comprimés
P.P.V. : 298,00 DH

6 118001 050697

PHARMACIE SOUFIANE
Groupe K, Rue 164 N° 23/25
EL Oufa - Casablanca
Tél. : 05 22 89 09 63
I.C.E : 000500246000026



INTERNATIONAL



En euros (€)	En DTS
Valeur déclarée	

AR

EXPÉDITEUR
SENDER

(FRANCE)

+33

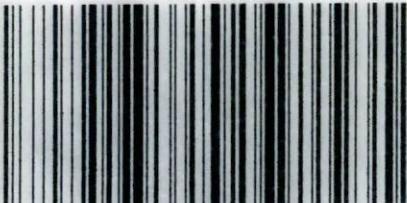
DESTINATAIRE
ADRESSEE

Bureau de dépôt

Date

INSTRUCTIONS DE L'EXPÉDITEUR EN CAS DE RETOUR

- Retour payant (pour les envois vers l'Union Européenne, le retour est gratuit)
 Ne pas retourner

PRIORITY
PRIORITYPoids :
(en kg)

N° colis : CC 9723 4845 2FR

64001-69856-V15-PTCBA-2076584701-1219-08220

Déclaration en douane CN23 - À remplir systématiquement (à l'exception des envois à destination de l'Union Européenne)

Pour les envois commerciaux seulement

Désignation détaillée du contenu

Quantité	Poids net (kg)	Valeur (€)	N° tarifaire du SH	Pays d'origine des marchandises

Nature de l'envoi : Cadeau Échantillon commercial Vente de marchandises Retour de marchandises, explications : Document Autres (veuillez préciser)

Poids brut total (kg) Valeur totale (€) N° de certificat/licence/facture

Observations :

J'atteste avoir pris connaissance des conditions spécifiques de vente et certifie que les renseignements donnés dans la présente déclaration en douane sont exacts et que cet envoi ne contient aucun objet dangereux ou interdit par la législation ou la réglementation postale ou douanière.

Date et signature de l'expéditeur



colissimo
avec signature

INTERNATIONAL



En eu

os(€) En DTS

Valeur déclarée

AR

Bureau de dépôt

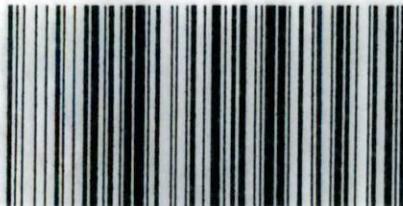
Date

INSTRUCTIONS DE L'EXPÉDITEUR EN CAS DE RETOUR

- Retour payant** (pour les envois vers l'Union Européenne, le retour est gratuit)
 Ne pas retourner

PRIORITAIRE
PRIORITY

Poids :
(en kg)



The logo of La Poste, featuring a stylized 'P' inside a circle, followed by the text 'LA POSTE'.

N° colis : CC 9723 4845 2FR

Déclaration en douane CN23 - À remplir systématiquement (à l'exception des envois à destination de l'Union Européenne)

Pour les envois commerciaux seulement

Désignation détaillée du contenu

Autobus

Quantité	Poids net (kg)	Valeur (€)	N° tarifaire du SH	Pays d'origine des marchandises

Nature de l'envoi : Cadeau Échantillon commercial Vente de marchandises Retour de marchandises, explications :
 Document Autres (veuillez préciser) _____

Poids brut total (kg) Valeur totale (€) N° de certificat/licence/facture

Observations :

J'atteste avoir pris connaissance des conditions spécifiques de vente et certifie que les renseignements donnés dans la présente déclaration en douane sont exacts et que cet envoi ne contient aucun objet dangereux ou interdit par la législation ou la réglementation postale ou douanière.

Date et signature de l'expéditeur



colissimo
avec signature

INTERNATIONAL



EXPÉDITEUR

SENDER

DESTINATAIRE

ADRESSEE

Veuillez utiliser un stylo bleu ou noir et un papier fortement pour écrire les adresses.			
NOM/PRENOM	EDDA BA Hanne		
ADRESSE	HLM Les cigolles, 3 ^e F, Appart. 175		
CODE POSTAL	63300	VILLE	THIERS
EMAIL	(FRANCE)	N° TÉLÉPHONE	+33 0651995389
NOM/PRENOM (EN ALPHABET LATIN)			
ADDIA NE Said MA			
ADRESSE (EN ALPHABET LATIN)			
N° 75, Rue 151, Groupe K OULFA			
CODE POSTAL	20200	VILLE	CASABLANCA EN FRANÇAIS
PAYS	MAROC	N° TÉLÉPHONE	00212674235387

Déclaration en douane CN23 - À remplir systématiquement (à l'exception de la case à cocher)

Désignation détaillée du contenu

Medicament

Nature de l'envoi : Cadeau Échantillon commercial Vente de marchandises Retour de marchandises, exp.
 Document Autres (veuillez préciser)

Observations :

J'atteste avoir pris connaissance des conditions que les renseignements donnés dans la présente sont exacts et que cet envoi ne contient aucun objet législation ou la réglementation postale ou douanière

Site de rétiquetage : CLERMONT FERRAND CP 72 FRANCE

Please refer to
leaflet for address
details

Bureau d'échange de sortie :

MAROC
Code postal :



N° de suivi : EB 972346452 FR

1151 5297234845

Track

6



101 - MA

24/11/20 00:09 ELS 2.0



A4



0000 000 1151 5297 2348 4 101 504 A

Adresse BE de desti.

CHILLY Mazarin GEN
91380 CHILLY Mazarin

CHILLY Mazarin GEN
CHILLY Mazarin CENTRE EXPORT FR

colissimo

222174
19502-8374



Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la notice.



**Ce médicament
+ GROSSESSE
= INTERDIT**

**Ne pas utiliser chez la femme
enceinte ou susceptible de l'être.**

**MANTADIX® 100 mg
capsule** Liste I

Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance

**MANTADIX® 100 mg
capsule**

Chlorhydrate d'amantadine

Titulaire de l'AMM :

Laboratoire X.O
170 Bureaux de la Colline
92213 Saint-Cloud Cedex

Exploitant :

Laboratoire X.O
170 Bureaux de la Colline
92213 Saint-Cloud Cedex

Fabricant :

Catalent Pharma Solutions
Catalent Germany Eberbach GmbH
Gammelsbacher strasse 2
69412 Eberbach
Allemagne

Médicament autorisé N° : 3400931533719

**MANTADIX® 100 mg
capsule**
Chlorhydrate d'amantadine

 LABORATOIRE X.O



222174
19502-8374



Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la notice.



**Ce médicament
+ GROSSESSE
= INTERDIT**

**Ne pas utiliser chez la femme
enceinte ou susceptible de l'être.**

**MANTADIX® 100 mg
capsule** Liste I

Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance

**MANTADIX® 100 mg
capsule**

Chlorhydrate d'amantadine

Titulaire de l'AMM :

Laboratoire X.O
170 Bureaux de la Colline
92213 Saint-Cloud Cedex

Exploitant :

Laboratoire X.O
170 Bureaux de la Colline
92213 Saint-Cloud Cedex

Fabricant :

Catalent Pharma Solutions
Catalent Germany Eberbach GmbH
Gammelsbacher strasse 2
69412 Eberbach
Allemagne

Médicament autorisé N° : 3400931533719

**MANTADIX® 100 mg
capsule**
Chlorhydrate d'amantadine

 LABORATOIRE X.O



LA POSTE
FRANCEFACTURE PROFORMA
INVOICE DECLARATION

N° de la facture

1. Nom et adresse de l'expéditeur / sender's name and address EDDI BA Mamda HLM des cigolles Bât F. Appt 1F5 THIERS		2. n° de la facture et date 3. Pays d'origine des marchandises / country of origin of goods FRANCE		
SIRET n° de téléphone / phone number	FRANCE 06 51 99 53 89			
4. Nom et adresse du destinataire / addressee's name and address ADDANE Said N.75, Rue 151, groupe KONLFA Casablanca Maroc n° de téléphone / phone number 00 212 674 235 327				
5. Poids brut / gross weight		6. Poids net / net weight		
7. N° de nomenclature douanière tariff n°	8. Description détaillée du contenu detailed description of contents Medicament avec ordonnance	9. Quantité quantity	10. Valeur unitaire * unit value *	11. Valeur totale * total value *
		2 Boites		sans valeur commerciale no commercial value
* préciser l'unité monétaire / currency unit		TOTALS *		
12. Nom du signataire				
13. Je soussigné, exportateur des marchandises ci-dessus mentionnées, certifie que la présente déclaration est sincère et que l'envoi ne contient aucun objet dangereux ou interdit par les réglementations douanière et postale.				
Lieu et date 23/11/2020 a THIERS		Signature		

Feuillet 1 et 2 : accompagne l'envoi. Feuillet 3 : à conserver par l'expéditeur

* GRANDE PHARMACIE DU CC LA VARENNE *
* RUE FRANCOIS TRUFFAUT *
* 63300 THIERS *
* RC 503328023 *

TICKET DE PROMIS

SAM 21 NOV 20 11:21 C1

Vendeur : SH

Client N° 60247 *
AGUERSAF J *

MANTADIX 100MG CAPS 50

(34009 3153371 9)

9,26 x 2 308120

Produits PAYES

18.52 €

Docteur Salwa.OUMARI

NEUROLOGUE

Spécialiste des Maladies du Cerveau, de La Moelle Epinière,
du Nerf et du Muscle



- Epilepsie, Migraine, Accident Vasculaire Cérébral
- Maladie d'Alzheimer, Maladie de Parkinson
- Sclérose en Plaques, Myopathie, Neuropathie

Electroencéphalogramme (EEG/Vidéo EEG)

Electroneuromyogramme (EMG)

NPE 091237792 - ICE 0919196400062
 193 Bd Oum Rabii Oulfa Casablanca - Tél. 0522 90 22 66
 NEUROLOGUE EEG-EMG
 Docteur SALWA OUMARI
 193 Bd Oum Rabii Oulfa Casablanca - Tél. 0522 90 22 66
 NPE 091237792 - ICE 0919196400062

الدكتورة سلوى عماري

طبيبة اختصاصية في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

- أمراض الصرع، ألام الرأس، الدوخة، حلطة الدماغ
- مرض الزهيمير، مرض باركنسون، مرض التصلب المتعدد

• أمراض الأعصاب والعضلات

التخطيط الكهربائي للدماغ، الشبكية

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

2020-2021

Mr AGUER SOUNE OMARIA

1 / MANTADIX X

1 pris

X 28

10

1 mes

NPE 091237792 - ICE 0919196400062
 193 Bd Oum Rabii Oulfa Casablanca - Tél. 0522 90 22 66
 NEUROLOGUE EEG-EMG
 Docteur SALWA OUMARI
 193 Bd Oum Rabii Oulfa Casablanca - Tél. 0522 90 22 66
 NPE 091237792 - ICE 0919196400062

Docteur Salwa OUMARI

NEUROLOGUE

**Spécialiste des Maladies du Cerveau, de La Moelle Epinière,
du Nerf et du Muscle**

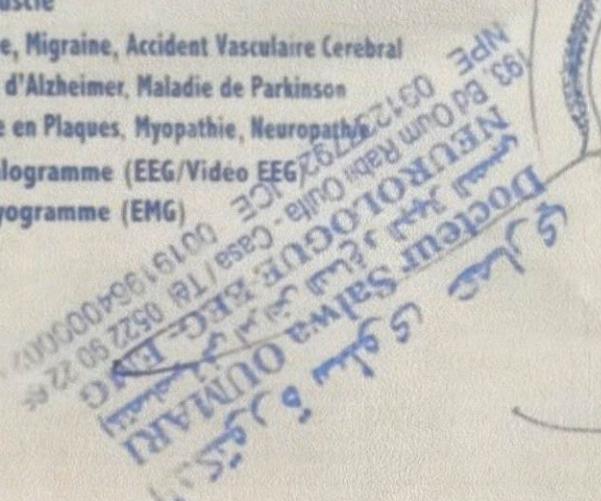
. Epilepsie, Migraine, Accident Vasculaire Cérébral

. Maladie d'Alzheimer, Maladie de Parkinson

. Sclérose en Plaques, Myopathie, Neuropathie

Electroencéphalogramme (EEG/Vidéo EEG)

Electroneuromyogramme (EMG)



الدكتورة سلوى عماري

طبيبة اختصاصية في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

· أمراض الصداع، الالم الرأس، الدوخة، حلقة الدماغ

· مرض الزهيمير، مرض باركنسون، مرض التصلب المتعدد

· أمراض الأعصاب والعضلات

التخطيط الكهربائي للدماغ، الشكمة

التخطيط الكهربائي للأعصاب، العضلات

٢٠٢١/١٠/٣٤

MAGUEIR SOF NE

OMAR

1 // MANTADI X

X 28

Δ pris

10

C m

