

## 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 personnelles.



## Déclaration de Maladie

N° W19-585396

61548

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11007 Société :

Actif       Pensionné(e)       Autre :

Nom & Prénom : OBAD SABAE

Date de naissance : 17/07/1977

Adresse :

Tél. 05 37 68 39 33 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : SAADEH HAYAN Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : Anxiété + Attaque d'épiongue

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential 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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Le : .....

#### **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
07/12/2020	MG 150	150	INP : 15222	15222

## ~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LE FAHNE Véronique FAHNE 07 61 21 22 05 37 52 66 45 07 70 20 07 70 20	2014-05-31	346.-

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

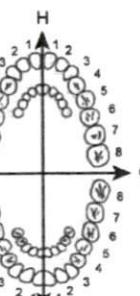
AUXILIAIRES MÉDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## **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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																		
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX																		
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS																		
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION																		
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION																		
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX																		
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"><b>D</b></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"><b>B</b></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H		G	25533412		21433552	00000000		00000000	<b>D</b>			<b>B</b>			35533411		11433553	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H		G																				
25533412		21433552																				
00000000		00000000																				
<b>D</b>																						
<b>B</b>																						
35533411		11433553																				
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/> DATE DU DEVIS																		
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION																		

**Docteur Nisrine CHERAITI**

## Médecin Généraliste



الدكتورة نسرين الشرابطي  
الطب العام

Spécialiste en Echographie Générale  
Diplômée de la Faculté de Médecine Rabat

## **اختصاصية في الفحص بالصدى العام ذرحة كلية الطب بالرباط**

Témara, le

Témara, le ..... 07/12/2016 نمارة، في

GSM : 06 12 01 23 56

**AV. TRINIDAD ZUBIAREK, 100**

DR. Nisrine CHERAIFI

03.60 1 - Antigas Sachet

09.60 2 - Prodefen Sachet x 3 ; 10/-

123.60 3 - Inexium 40 ; 10/-

26.60 4 - Siderid 100 mg x 3 ; 10/-

شارع طارق ابن زياد، عمارة 1493، الطابق الثاني، حي المغرب العربي المسيرة، 2 - تمارة

Av. Tarik Ibn Zayad, Imm. 1493, 2eme étage - Cité Maghreb Al Arabi Massira 2 - Témara

الهاتف : GSM: 06 12 01 23 56 - المحمول : Tél: 05 37 60 33 53

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubier bneu al aquam roches  
noires casablanca  
INEXIUM

40 mg Cpr GR

Boite 14

64115DMP/21/NRQ P.P.V:123,60 DH

6 118001 020607



የኢትዮጵያ ሚኒስቴር

ደንብ የሚመለከት ሥነ 20

የፌዴራል አገልግሎት

ADULTS

SEAS  
LUV

InterMed  
Pharmaceutical Laboratories



20014 0423

LOT

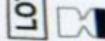
UTAV

NEWPHARMA

9760

04-2023

LOT



**PRODEFEN** apporte 7 souches de bactéries bénéfiques (probiotiques) qui aident à rétablir l'équilibre de la microflore intestinale.

#### Ingredients :

Fructooligosaccharides 990 mg/sachet.

Souches probiotiques  $1 \times 10^9$  UFC/sachet. Voir la liste détaillée ci-dessous.

#### Souches probiotiques

*Lactobacillus casei* PXN® 37™  
*Lactobacillus rhamnosus* PXN® 54™  
*Streptococcus thermophilus* PXN® 66™  
*Bifidobacterium breve* PXN® 25™  
*Lactobacillus acidophilus* PXN® 35™  
*Bifidobacterium infantis* PXN® 27™  
*Lactobacillus bulgaricus* PXN® 39™

POIDS NET pour 10 sachets : 10,0 g

#### Mode d'emploi :

Dose journalière recommandée: prendre un sachet par jour pendant ou après les repas. Dissoudre le contenu du sachet dans de l'eau, du lait ou du jus.

#### Avertissements :

- Prodefen contient des traces de soja et de dérivés lactés.
- Prodefen contient des traces de lait qui n'affectent pas les personnes intolérantes au lactose.
- Ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée.
- Ne doit pas être utilisé comme substitut d'une alimentation variée et équilibrée et un mode de vie sain.
- Conserver dans un endroit frais et sec, loin de la lumière directe du soleil. Ne nécessite pas de réfrigération.
- Maintenir le produit hors de la portée des enfants.

Sans gluten.

Complément alimentaire n'est pas un médicament

PXN est une marque déposée de Probiotics International Limited (Protexin).

Tous droits réservés

PPC : 99 DHS

Date de Per :

05.2024

Date de Fab :

05.2019

Lot :

110186

**PRODEFEN**  
Complément alimentaire



**Docteur Nisrine CHERAITI**

Médecin Généraliste



الدكتورة نسرين الشريطي

الطب العام

اختصاصية في الفحص بالصدى العام

خريجة كلية الطب بالرباط

Spécialiste en Echographie Générale  
Diplômée de la Faculté de Médecine Rabat

Témara, le .....

..... 07/12/2010

GSM : 06 12 01 23 56  
Tél : 05 37 60 33 53, 2ème étage  
~~Dr Nisrine CHERAITI~~  
~~Medecin Généraliste~~  
~~Dr Nisrine CHERAITI~~

Nisrine  
RAYAN

- 1 - NFS VS CRP
  - 2 - glycémie
  - 3 - uree creatinine =
  - 4 - ASLO
  - 5 - hépatite B
  - 6 - est dos fisselle
- (A red circular stamp is placed over the list, containing text in French and Arabic, likely a medical laboratory logo.)*

شارع طارق ابن زياد، عمارة 1493، الطابق الثاني حي المغرب العربي المسيرة 2 - تمارا

Av. Tarik Ibn Zayad, Imm. 1493, 2ème étage - Cité Maghreb Al Arabi Massira 2 - Témara

الهاتف : GSM : 06 12 01 23 56 - المحمول : Tél : 05 37 60 33 53



**مختبر المسيرة للتحليلات الطبية**  
**LABORATOIRE AL MASSIRA D' ANALYSES**  
**MÉDICALES**

الدكتور الغريب عبد الواحد  
**DR. A. EL RHARBI**  
*Médecin Biologiste*

Assuré
Matricule
Bénéficiaire
Prise en charge N°

**SAOURI RAYAN**

Prescripteur **CHERAITI NIRINE**

**FACTURE N° 77187**

Facturé le : **31/12/2020**

**Analyses :**

GLYCÉMIE À JEUN	B 30
VITESSE DE SÉDIMENTATION	B 30
PROTÉINE C RÉATIVE	B 100
ASLO	B 80
URÉE	B 30
CRÉATININE	B 30
TRANSAMINASES SGOT/ASAT	B 50
TRANSAMINASES SGPT/ALAT	B 50
HELICOBACTER PYLOI DANS LES SE	B 180
VITAMINE D	B 450
NUMERATION FORMULE SANS	B 80

Total analyses : **1 400,00 Dh**

**Prélèvements :**

Sang

Total Prélèvements : **0,00 Dh**

Total <> **1 110** Soit un montant total : **1 400,00 Dh**

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE QUATRE CENTS DIRHAMS

LABORATOIRE ALMASSIRA  
 D'ANALYSES MÉDICALES  
 Tel : 05 37 60 33 30

شارع مولاي علي الشريف عمارة 32 رقم 4 المسيرة 1 تمارة - الهاتف: 0537 60 78 68 - الفاكس : 0537 60 33 30

Avenue Moulay Ali Cherif - Imm 32 - Appt 4 - MASSIRA 1 TEMARA - Tél : 0537 60 33 30 - Fax : 0537 60 78 68

Patente N° : 28225104 - I.F N° : 91780328 - CNSS N° : 6217691 - ICE N° : 001640008000090



**مختبر المسيرة للتحليلات الطبية**  
**LABORATOIRE AL MASSIRA D' ANALYSES**  
**MÉDICALES**

**الدكتور الغربي عبد الواحد**  
**DR. A. EL RHARBI**  
*Médecin Biologiste*

Préscripteur :  
Docteur : **CHERAITI NIRINE**

## Identification

**MONSIEUR SAOURI RAYAN**  
Référence : **820123736** du : **31/12/2020**  
Résultats édités le : **04/01/2021**

**VITAMINE D2/D3 (25 Hydroxy-vitamine D) (Chimiluminescence)**

Prélèvement : Sérum ou Plasma

74      ng/ml  
185      nmol/l

<b>Valeurs souhaitables</b>	: 30 - 100 ng/ml (75 - 250 nmol/l)
<b>Insuffisance</b>	: 10 - 29 ng/ml (25 - 74 nmol/l)
<b>Déficience</b>	: < 10 ng/ml (< 25 nmol/l)

*S. A. LABORATOIRE AL MASSIRA D'ANALYSES MÉDICALES  
Tél : 05 37 60 33 30*



**مختبر المسيرة للتحليلات الطبية**  
**LABORATOIRE AL MASSIRA D' ANALYSES**  
**MÉDICALES**

**الدكتور الغربي عبد الواحد**  
**DR. A. EL RHARBI**  
*Médecin Biologiste*

Préscripteur :  
Docteur : **CHERAITI NIRINE**

**Identification**

**MONSIEUR SAOURI RAYAN**  
Référence : **820123736** du : **31/12/2020**  
Résultats édités le : **04/01/2021**

**GLYCEMIE A JEÛN**

(Technique : Colorimétrie enzymatique)

Résultat : **0.83** g/l

(0.70 à 1.10)

**VITESSE DE SEDIMENTATION / VS**

1 <sup>ère</sup> Heure.....	<b>4</b> mm	(1 à 10 mm)
2 <sup>ème</sup> Heure.....	<b>10</b> mm	(6 à 20 mm)

**REACTIVE PROTEINE : CRP**

(Technique : Détermination quantitative par turbidimétrie)

Résultat : **3.00** mg/l ( $< 6$  mg/l)

**UREE**

(Technique : Colorimétrie enzymatique)

Résultat : **0.31** g/l (0.15 à 0.45 g/l)

**CREATININE**

(Technique : Cinétique à 37°C)

Résultat : **10.50** mg/l (7 à 14 mg/l)

**TRANSAMINASE TGO**

(Technique Cinétique enzymatique à 37°C)

Résultat : **13.00** UI/l (0 à 40 UI/l)

**TRANSAMINASE TGP**

(Technique : Cinétique enzymatique à 37°C)

Résultat : **11.00** UI/l (0 à 41 UI/l)

**VITAMINES**

LABORATOIRE AL MASSIRA  
ANALYSES MÉDICALES  
0537 60 33 30



**مختبر المسيرة للتحليلات الطبية**  
**LABORATOIRE AL MASSIRA D' ANALYSES  
MÉDICALES**

الدكتور الغربي عبد الواحد  
**DR. A. EL RHARBI**  
*Médecin Biologiste*

Préscripteur :  
Docteur : **CHERAITI NIRINE**

Identification

**MONSIEUR SAOURI RAYAN**  
Référence : 820123736 du : 31/12/2020  
Résultats édités le : 04/01/2021

**NUMERATION GLOBULAIRE**

GLOBULES BLANCS	<b>9.1</b>	$10^3 / \text{mm}^3$	(4 à 10.10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> )
GLOBULES ROUGES	<b>5.58</b>	$\text{M}/\text{mm}^3$	(4.4 à 5.8 M/mm <sup>3</sup> )
HÉMOGLOBINE	<b>14.6</b>	$\text{g}/100\text{ml}$	(13 à 18 g/100ml)
HÉMATOCRITE	<b>45.2</b>	%	(40 à 52 %)
V.G. M	<b>81</b>	$\mu\text{l}$	(80 à 95 $\mu\text{l}$ )
T.C.M.H.	<b>26.2 *</b>	pg	(27 à 33 pg)
C.G.M.H.	<b>32.3</b>	%	(31 à 35 %)

**NUMERATION LEUCOCYTAIRE**

P.NEUTROPHILES	<b>62</b>	%	<b>5642</b>	$/\text{mm}^3$	(2500 - 7500/ $\text{mm}^3$ )
P.EOSINOPHILES	<b>2</b>	%	<b>182</b>	$/\text{mm}^3$	(0 - 400/ $\text{mm}^3$ )
P.BASOPHILES	<b>0</b>	%	<b>0</b>	$/\text{mm}^3$	(0 - 200/ $\text{mm}^3$ )
LYMPHOCYTES	<b>32</b>	%	<b>2912</b>	$/\text{mm}^3$	(1500 - 4000/ $\text{mm}^3$ )
MONOCYTES	<b>4</b>	%	<b>364</b>	$/\text{mm}^3$	(100 - 1000/ $\text{mm}^3$ )

Total % = 100

**NUMERATION DES PLAQUETTES**

PLAQUETTES	<b>276</b>	$10^3 / \text{mm}^3$	(150 à 450.10 <sup>3</sup> )
------------	------------	----------------------	------------------------------

**OBSERVATION : Aspect du fortis :NORMAL**

**ANTI - SEREPTOLYSINES O : ASLO**

( Technique : Détermination quantitative par turbidimétrie )

Résultat : **107.00** UI/ml ( $< 200$  UI/ml)

**HELYCOBACTER PYLORI DANS LES SELLES**

Résultat : POSITIF.

شارع محمد السادس الشريف عمارة 32 رقم 4 المسيرة 1 تمارا - الهاتف: 0537 60 33 30 - الفاكس : 0537 60 78 68

Avenue Moulay Ali Cherif - Imm 32 - Appt 4 - MASSIRA 1 TEMARA - Tél : 0537 60 33 30 - Fax : 0537 60 78 68

LABORATOIRE ALMASSIRA  
ANALYSES MÉDICALES  
32 شارع محمد السادس  
TÉL : 0537 60 33 30