

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° W19-553189

69199

CA

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7599 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ABDELHOUAR W IARI

Date de naissance : 18/10/21

Adresse : Bed AZ AZ2 Residence ELARZ

IMC App 1 Secteur EL HARJ Rabat

Tél : 066102316 Total des frais engagés : 1077.90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ELITALAB

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ 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 : Rabat Le : 20/04/21

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-553189

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 7599

Nom de l'adhérent(e) : ABDELHOUAR W IARI

Total des frais engagés : 1077.90

Date de dépôt : 20/04/21

### 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 - Tel : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.



## Déclaration de Maladie

N° W19-568835

CA

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : ABOU EL Houda MIAH

Date de naissance : 18/10/21

Adresse : Bes ALADZ IMC APPA Residence

Ar ADZ Sctar 22 Hay Riad Babat

Tél. : 0661102316 Total des frais engagés : 2121.10 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : EL HALLABI Mohamed Age : 68

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ 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 : Rabat Le : 20/04/21

Signature de l'adhérent(e) : AS

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-568835

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 7199

Nom de l'adhérent(e) : ABOU EL Houda

Total des frais engagés : 2121.10

Date de dépôt : 20/04/21

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par personne et par événement

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

## تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأدويةها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعااضدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

توقيع وطابع التعااضدية	Cache et signature de la mutuelle
Identification de l'agent : .....	
تاريخ الإيداع : ..... : .....	



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
Réf ANAM 1.1.01.01 مرجع رقم

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي والشخصي : EL HALLABI Mohammed

N° Affiliation : 11029119 رقم الانخراط :

N° Immatriculation : 216145918 رقم التسجيل :

N° CIN : 1110121951 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) \* : Conjoint علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له :

Enfant ☐ ابن

Adresse : .....

العنوان : .....

Montant des frais (Dhs) : 2 مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : 5 عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

E bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : .....

Date de naissance : .....

N° CIN : .....

Sexe \* : M ذكر F أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : .....

Type de soins : .....

Maladie \* ☒ مرض

Maternité \* ☐ أمومة

Hospitalisation \* ☐ استشفاء

Accident \* ☐ حادث

Pli confidentiel remis \* : Oui Non تم تقديم الطيف المغلق \* :

Date de grossesse : .....

Date prévue d'accouchement : .....

Date d'hospitalisation : .....

Date d'accident : .....

Causes : .....

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه. J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant. Fait à : <u>Rabat</u> le : <u>11/03/2021</u> توقيع المؤمن له (لها) Signature de l'assuré (e)	أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه. Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : <u>Rabat</u> le : <u>11/03/2021</u> توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins
---	--

- INP : Identification Nationale du praticien  
- \* Cocher la mention utile pour chaque case

أشطب الخانة

## وصف العمليات المجراة

[illegible]

CIM - 13

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

## Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

<p>تاريخ التنفيذ Date d'exécution</p>	<p>الثمن المفوتر Prix facturé</p>	<p>توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux</p>
<p>19/10/21</p>	<p>49,10</p> <p>INP : 148436886</p> <p>INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]</p> <p>INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]</p>	<p>Pharmacie Kounouz SAAD KOUHACHAM Pharmacien 19/10/21 148436886</p>

## Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة والصور

[illegible]

## Actes Paramédicaux

## عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					



# Instructions à suivre

## تعليمات يجب اتباعها



# ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
Réf ANAM 1.1.01.01 مرجع رقم

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **EL HALLABI M. Mohammed** : الاسم العائلي والشخصي  
N° Affiliation : **1029119** : رقم الانخراط  
N° Immatriculation : **1311267598** : رقم التسجيل  
N° CIN : **A1192950** : رقم بطاقة التعريف الوطنية  
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\* : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له\*

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐ : العنوان  
Adresse : **By Mary, Res. Alarz, Imm. C n°1, Hay Riad, Rabat**

Montant des frais (Dhs) : **1077,90** : مبلغ المصاريف (درهم)  
Nombre de pièces jointes : **5** : عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant

إقرار الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات  
Nom et prénom : **EL HALLABI M. Mohammed** : الاسم العائلي والشخصي  
Date de naissance : **11/11/1950** : تاريخ الازدياد  
N° CIN : **11111111** : رقم بطاقة التعريف الوطنية  
Sexe\* : **M** : الجنس\*

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **101163574** : الرقم الوطني الاستدلالي للممارس  
Type de soins : **Imm. N° 1, Rue El Kharroub, Hay Riad - Rabat - Tél: 0537 71 15 95** : نوع العلاجات  
INPE : 101163574

Maladie\* : ☒ مرض\* : **Plu confidentiel remis\*** : ☐ Oui ☒ Non : تم تقديم الظرف المغلق\*  
Maternité\* : ☐ أمومة\* : **Date de grossesse :** : تاريخ الحمل  
Hospitalisation\* : ☐ استشفاء\* : **Date prévue d'accouchement :** : التاريخ المتوقع للولادة  
Accident\* : ☐ حادث\* : **Date d'hospitalisation :** : تاريخ الاستشفاء  
Causes : **Date d'accident :** : تاريخ الحادث  
Asi

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
Fait à : **Rabat** : حرر بـ  
le : **15/04/2021** : في :  
Signature de l'assuré (e)

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
Fait à : **Rabat** : حرر بـ  
le : **15/04/2021** : في :  
Signature de l'assuré (e)

INP : Identification Nationale du Praticien  
\* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

Imm. N° 1, Rue El Kharroub, Hay Riad - Rabat - Tél: 0537 71 15 95  
منع من مطلق بيع هذا النموذج

Établir une feuille de soins par personne et par événement.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأذنتها بالوصفات المرسل.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التفاضلية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما دما في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions pénales et réglementaires.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

Cachet et signature de la mutuelle : توقيع وطابع التفاضلية

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : **15/04/2021** : تاريخ الإيداع

La vente de cet imprimé est formellement interdite

منع من مطلق بيع هذا النموذج



description des actes effectués		وصف العمليات الجراحية		
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé
06/02/2021		C2		300
91				

CIM - 10

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					عمليات الإحصاء، الأشعة والصورة
تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحصائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
06/02/2021		E1		300	Docteur YOUSSEF DAUDI Chirurgien Urologue Imm. N°9, Apt. 1, Rue El Kharroub Hay Riad - Rabat - Tél: 0537 71 15 95 INPE : 101163574

جورد الوصفات التي تم إعطائها في التجهيزات الطبية الممولة  
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممنون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
7/02/2021	318,60	Pharmacie Kounouz Résidence Al Arz, Imm. D. Avenue Al Arz Hay Ryad - 10 050 Rabat / Tél.: 05 37 71 15 16
74/2021	159,90	Pharmacie Kounouz Résidence Al Arz, Imm. D. Avenue Al Arz Hay Ryad - 10 050 Rabat / Tél.: 05 37 71 15 16
	477,90	

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين
تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical

Docteur Youssef Daoudi

Spécialiste en Chirurgie Urologique  
Diplômé de L'université de Paris  
Lithotripsie extra-corporelle  
Endourologie Urodynamique



الدكتور الداودي يوسف

اختصاصي في أمراض وجراحة الكلى  
والمسالك البولية والتناسلية  
تفنيات الحمى الجراحة بالمنظار

Rabat, le : ..... 06/02/21

El Khalil:

Mohamed

159,30 x 3

Flotral 10 mg, 1 gel

x 3 -

T : 47790

**Pharmacie Kounouz**  
Résidence Al Arz, Imm. D.  
Avenue Al Arz Hay Ryad - 10 050  
Rabat / Tél.: 05 37 71 15 16

**FLOTRAL® 10 mg**  
30 comprimés à  
libération Prolongée  
Voie orale



**FLOTRAL® 10 mg**  
30 comprimés à  
libération Prolongée  
Voie orale



**FLOTRAL® 10 mg**  
30 comprimés à  
libération Prolongée  
Voie orale



رقم 9 زقة الحصى، صارة الجزيرة شقة 1 سكنتور 16 حي الرياض الرباط (وراء بنك البخرت)

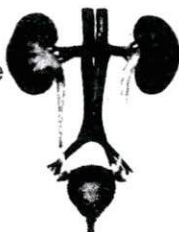
الهاتف: 06 70 44 36 07 / 05 37 71 15 95

N 9, Rue Elkharroub, Imm Al Jazira Rdc, Appartement 1. Secteur 16 Hay Riad - Rabat

Tél : 05 37 71 15 95 / 06 70 44 36 07

**Docteur Youssef Daoudi**

Spécialiste en Chirurgie Urologique  
Diplôme de L'université de Paris  
Lithotripsie extra-corporelle  
Endourologie Urodynamique



**الدكتور الداودي يوسف**

اختصاصي في أمراض وجراحة الكلي  
والمسالك البولية والتناسلية  
نفتيت الحصى الجراحة بالمنظار

Rabat, le :

06.02.21

Nom et prénom :

EL HALLABI Mohammedi

**Facture d'Echographie Rénale et Vésico-Prostatique**

Recu la somme de

300 Mad

Docteur Youssef Daoudi  
Chirurgien Urologue  
Imm. N° 9, Agglo 1, Rue El Kharroub  
Hay Riad - Rabat - Tél.: 0537 71 15 95

رقم 9 زنقة الخروب. عمارة الجزيرة شقة 1 سكوتر 16 حي الرياض الرباط "وراء بنك المغرب"

الهاتف : 06 70 44 36 07 / 05 37 71 15 95

N°9, Rue Elkharroub, Imm Al Jazira Rdc, Appartement1. Secteur 16 Hay Riad - Rabat

Tél : 06 70 44 36 07 / 05 37 71 15 95



000066708402

Accusé de Réception

N° Réception : 66708402  
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : EL HALLABI MOHAMMEDI  
Immatriculation : 53267598 / 050010248  
Nom et Prénom Bénéficiaire : EL HALLABI MOHAMMEDI  
Rang Bénéficiaire : 01

Type dossier : FEUILLE DE SOINS  
Date et heure : 17/03/2021 13:03  
Lieu de réception : RABAT 50638  
Valeur du dossier : 2121,10  
Nombre de pièces : 8  
Code Agent : 5MTR255

Code Etablissement :  
Etablissement :

Etablissement :  
Code Etablissement :

Code Agent : 2W1K322  
Nombre de pièces : 8  
Date de dossier : 31/12/70  
Lieu de réception : BABU 20828  
Date et heure : 13/02/50 12:02  
Type dossier : LETTRE DE SOUS

Nom bénéficiaire : 01  
Nom et prénom bénéficiaire : EL HADJABI MOHAMMEDI  
Identification : 2232328 X 020010348  
Nom et prénom agent : EL HADJABI MOHAMMEDI

(Il y a toujours une seule correspondance officielle)  
N. Réception : 99308403

000000000000

Accusé de réception

10000 BABU 86  
BABU  
11 JANV 1971



D<sup>r</sup> Aicha METHQAL

Dermatologue Vénérologue



الدكتورة عائشة ميثقال

طبيبة الأمراض الجلدية والتناسلية

Ancienne interne en dermatologie des Hôpitaux de Paris  
Diplômée de la faculté de médecine de Rabat  
Diplômée en Lasers en dermatologie Université VSQ, Paris  
Diplômée en Chirurgie dermatologique Université VSQ, Paris  
Diplômée en Techniques de comblement et médecine esthétique  
Université Paris 12, Paris

طبيبة سابقة بمستشفيات باريس  
طبيبة سابقة بمستشفى ابن سينا، الرباط  
متخرجة من كلية الطب بالرباط  
حاصلة على دبلوم في :  
الليزر للجلد، باريس  
جراحة الجلد، باريس  
طب التجميل، باريس

Rabat le 19/01/2021

N<sup>o</sup> EC Hallebi Nohammede

43200

1/ Valerex ep 500mg

1 ep x 2 per jour 10 jours

2/ Cicaplast flacon B5

1 fois par jour peu à laver

et mieux 10 jours

3/ Cidovirac crème

application x 5 par jour 5 jours

T: 29110

Immeuble A, appartement 7, angle av. Nakhil et rue Mohamed Yazidi Hay Riad, Rabat  
العمارة A, الشقة 7، الطابق 2، ملتقى شارع النخيل و زنقة محمد اليزيدي حي الرياض الرباط

Tel : 05 37 71 21 39 / E-mail : docteur.methqal@gmail.com

41. Cicaplast Baume B5

1x1; 15 jours (soin)

Dr. MEDICAL ROCHA  
7.11.11  
al 10.11.11

**VALEX<sup>®</sup>** 500 mg  
Valaciclovir

Voie orale

42

Comprimés enrobés



27 JANV

1200005  
T06123  
ORV432DH00  
P.P.P.

LA ROCHE-PO  
LABORATOIRE DERMATOLO

3612620908238



100 ml Made in France

**PLAST BAUME B5**  
avec l'eau thermale de La Roche-Posay

AMO LENITIVO RIPARATORE  
stantee\* dell'adulto, del bambino e del lattante

PANTHENOL 5% + MADECASSOSIDE  
TI-BATTERICI / MET ANTIBACTERIELE BESTANDDELEN

STENDE, HERSTELLENDSE BALSEM  
ies bij volwassenen, kinderen en zuigelingen



D<sup>r</sup> Aicha METHQAL

Dermatologue Vénérologue

Ancienne interne en dermatologie des Hôpitaux de Paris

Diplômée de la faculté de médecine de Rabat

Diplômée en Lasers en dermatologie Université VSQ, Paris

Diplômée en Chirurgie dermatologique Université VSQ, Paris

Diplômée en Techniques de comblement et médecine esthétique

Université Paris 12, Paris



الدكتورة عائشة ميثقال

طبيبة الأمراض الجلدية والتناسلية

طبيبة سابقة بمستشفيات باريس

طبيبة سابقة بمستشفى ابن سينا، الرباط

متخرجة من كلية الطب بالرباط

حاصلة على دبلوم في :

الليزر للجلد، باريس

جراحة الجلد، باريس

طب التجميل، باريس

Rabat le 19/01/2021

N'El Hallabi Nohammed

Faire =

- Serologie VIH<sub>1</sub>, VIH<sub>2</sub>, TPAA VDRC

hépatite B, C -

Dr. METHQAL Aicha  
Dermatologue  
7, Imm. A, Angle av. Nakhil  
et Rue Mohamed Yazidi  
Hay Riad - Rabat

L.A.M. Riad  
Tel : 06 37 71 05 06  
Pat : 25995868  
IF : 33480860



# L.A.M. RIAD

13, Angle Avenue Almelia et rue Meziata - Hay Riad  
(City Center - ACIMA) - RABAT

Tél : 05 37 71 05 06 / 05 37 57 23 23 - Fax : 05 37 71 50 60  
Site-Web : [www.laboriad.ma](http://www.laboriad.ma) - E-mail : [laboratoireriad@gmail.com](mailto:laboratoireriad@gmail.com)

**FACTURE N° : 210102239**

Rabat le 23-01-2021

**Mr Mohammedi EL HALLABI**

Date de l'examen : 23-01-2021

Analyses :

## Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sanguin	E20	E
0283	VDRL qualitatif	B20	B
0285	TPHA qualitatif	B50	B
0317	Hépatite B / Ag HBS	B120	B
0318	Hépatite B / Ac anti Hbs	B250	B
0321	Hépatite B / Ac anti Hbc	B250	B
0324	Hépatite C / Dépistage	B300	B
0329	HIV: HIV1+HIV (1+2) dépistage	B200	B

Total des B : 1190

TOTAL DOSSIER : 1330.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille trois cent trente dirhams .

05 37 71 05 06  
Pat : 25995358 - IF : 3349086  
L.A.M. RIAD

CODE INPE



103060877

Patente N°: 25995358 - CNSS: 9114357- IF:3349086 RIB:013 810 01214 000040 001 27 94 BMCI RYAD NAKHIL -  
ICE: 001685262000044 - INPE: 103060877