

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



Déclaration de Maladie

N° W19-553189

69199

C8

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7599

Dentaire

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : ABOU EL HASSAN WIAFI

Date de naissance : 18/10/12/11

Adresse : Bed AZ AZZ Residance ALAQQ

Imc Aqq 1 secteur 22 Hay Riad Rabat
0661102316 Total des frais engagés : 1077.90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : EL ITACHTAR

Lien de parenté : Lui-même

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 ADHÉRENT

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

Abou El Hassane

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés : 1077.90

Date de dépôt : 20/04/21

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-568835

CP

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

A. BOU EL HOUADIA MIAH

Date de naissance :

18/10/21

Adresse :

BED AL AZZ TMC APP 1 Residence
AC AZZ Sector 22 1AY Dias Tabat

Tél. : 0661102316

Total des frais engagés : 2121.10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

26 AVR. 2021

Nom et prénom du malade :

EZ HALLAF BI EL HABIBI

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) :

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) : A. BOU EL HOUADIA
Total des frais engagés : 2121.10
Date de dépôt : 20/04/21

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 pris par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

Cachet et signature de la mutuelle

تعديمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل 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 المشدورة وأذمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تتضمن 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 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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

Identification de l'agent :
Date de dépôt du dossier :

توقيع و طابع التغاضدية



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de soins Maladie

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

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي : EL HALLABI Mchammed
رقم الانحراف : 110249119

N° Affiliation : 161751916
رقم التسجيل :

N° Immatriculation : 110249119
رقم بطاقة التعريف الوطنية :

N° CIN : 110249119
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له

Conjoint Enfant
ابن ○

العنوان :
وبلغ المصاري (درهم) :
عدد الوثائق المرفقة :

Montant des frais (Dhs) : 17 MARS 2023
Nombre de pièces jointes : 2 BMTR255

Déclaration du médecin traitant

Dénéficiaire de soins

Nom et prénom :
الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance :
تاريخ الازدياد :

N° CIN :
رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe* : M ♂ F ♀
الجنس* : أنثى ○ ذكر ○

Identification du médecin traitant

N° INP :
الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins :
نوع العلاجات :

تم تقديم الطيف المغلق* : Oui Non
تاريخ الحمل :
التاريخ المرتقب للولادة :

Maternité*
أمتومة*
Date prévue d'accouchement :
تاريخ الامتناع :
Date d'accouchement :
تاريخ الحادث :
أسباب الحادث :

Hospitalisation*
استشفاء*
Date d'hospitalisation :
Date d'accident :
Causes :

Accident*
حادث*
Causes :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
J'atteste sur l'honneur l'exacuitude des renseignements portés ci - avant.

Fait à : Rabat
le : 18/01/2024
Signature de l'assuré (لها)

أشهر بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : Rabat
le : 18/01/2024
Signature de l'assuré (لها)

أشهر بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

أشطب الخانة

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

CAM 5435

description des actes effectués

وصف العمليات المجزأة

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات: الطبية المدونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع و طبیع الصيدلی او ممون التجهیزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
10/01/2017	45110	SAAD ALI HACHAM Kounouz
	INP : 140436888	INP : 111111111

INP :

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

الصور والأشعة الألتحاء و عمليات

Actes Paramédicaux

الطبين المساعدات عمليات

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العملات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					

Instructions à suivre

بيانات ملخص المعايير

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.

A feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le dernier 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.

Cachet et signature de la mutuelle



Identification de l'agent :
Téléphone et fax de l'agent :
Date de dépôt du dossier :
Téléphone et fax de l'agent :

Présentation de la feuille de soins pour la demande de remboursement de la mutuelle.

Il faut présenter la feuille de soins pour la demande de remboursement de la mutuelle.

Il faut présenter la feuille de soins pour la demande de remboursement de la mutuelle.

Il faut présenter la feuille de soins pour la demande de remboursement de la mutuelle.

Il faut présenter la feuille de soins pour la demande de remboursement de la mutuelle.

Il faut présenter la feuille de soins pour la demande de remboursement de la mutuelle.

Il faut présenter la feuille de soins pour la demande de remboursement de la mutuelle.

Il faut présenter la feuille de soins pour la demande de remboursement de la mutuelle.

Il faut présenter la feuille de soins pour la demande de remboursement de la mutuelle.

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

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie



N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (ن)

الإسم العائلي والشخصي :
رقم الانخراط :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له :

Nom et prénom : EL HALLABI M. Mohammed

15 APRIL 2021

N° Affiliation :

3112675918

N° Immatriculation :

A1192050

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse : Bd Marz, Res. Al Karrub, Imm. C, n° 1, Hay Riad, Rabat

Montant des frais (Dhs) : 1077,90

Nombre de pièces jointes : 5

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

الإسم العائلي والشخصي : EL HALLABI M. Mohammed

المستفيد من العلاجات

Date de naissance :

1971-04-01

تاريخ الازدياد :

N° CIN :

MA 1192050

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe* :

ذكر

الجنس :

Identification du praticien traitant

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : Imm. N° 1, Apt. 1, Rue El Kharroub, Hay Riad - Rabat - Tél: 0537711595

Type de soins

INPE : 101163574

Maladie *

مرض *

Pli-confidentiel remis* : Oui Non

Maternité *

أمومة *

Date de grossesse :

Hospitalisation *

استشفاء *

Date prévue d'accouchement :

Accident *

حادث *

Date d'hospitalisation :

Causes :

Date d'accident :

أسباب الحادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.
Fait à : Rabat
le :
حرر :
في :
توقيع المؤمن له (ن)
Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : Rabat
le : 10/02/96
حرر :
في :
توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins
Doktore YOUSSEF DAOUDI
Chirurgien Urologue
Imm. N° 9, Apt. 1, Rue El Kharroub, Hay Riad - Rabat - Tél: 0537711595

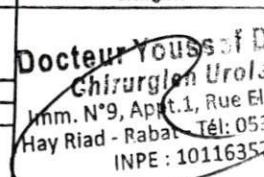
* INP : Identification Nationale du Praticien
* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite.

CEM - 10

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

العنوان المطلوب Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلاني أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
Date d'exécution	تاريخ التنفيذ
7/02/2021 INP : 1020936886 Pharmacie Kounouz Résidence Al Arz, Imm. D. Avenue Al Arz Hay Ryad - 10 050 Rabat / Tél.: 05 37 71 15 16	Pharmacie Kounouz Résidence Al Arz, Imm. D. Avenue Al Arz Hay Ryad - 10 050 Rabat / Tél.: 05 37 71 15 16
7/02/2021 INP : 1020936886 Pharmacie Kounouz Résidence Al Arz, Imm. D. Avenue Al Arz Hay Ryad - 10 050 Rabat / Tél.: 05 37 71 15 16	Pharmacie Kounouz Résidence Al Arz, Imm. D. Avenue Al Arz Hay Ryad - 10 050 Rabat / Tél.: 05 37 71 15 16

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie						بيانات الأشعة والتصوير
تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل المعيقات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وملامع طبيب الأشعة أو الإمبان Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
06/02 EA		Elo retal Ku,		(30)	 <p>Docteur YOUSSEFI DAOUDI Chirurgien Urologue N°9, Apt.1, Rue El Kharroub Hay Riad - Rabat Tél: 0537 01 15 95 INPE : 101163574</p>	
INP : [REDACTED]						
INP : [REDACTED]						
INP : [REDACTED]						

ACICS Paramedic BY

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
والمالك البولية والتناسلية
تلثيث الحمي الجراحة بالمنظار

Rabat, le : 06/10/21 21

El Kallaoui

Mohamed

159,30 x 3

FLOTRAL® 10 mg
30 comprimés à
libération Prolongée
Voie orale



6 118001 300150

flotral 10 mg 1 gel

FLOTRAL® 10 mg
30 comprimés à
libération Prolongée
Voie orale



6 118001 300150

T : 47790

Pharmacie Kounouz
Résidence Al Arz, Imm. D.
Avenue Al Arz Hay Ryad - 10050
Rabat / Tél.: 05 37 71 15 16

FLOTRAL® 10 mg
30 comprimés à
libération Prolongée
Voie orale



6 118001 300150

26/10/2021 10:21:21
Chambre 10050
Résidence Al Arz
Avenue Al Arz Hay Ryad - 10050
Rabat - Tel: 0537711595
Télé: 101163574

رقم 9 زنقة الحمي، عمارة المزيرة شقة 1 سكنور 16 حي الرياض الرباط (وراء بنك المغرب)
العنوان: 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

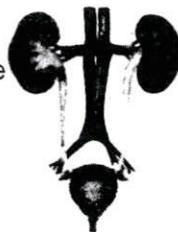
Docteur Youssef Daoudi

Spécialiste en Chirurgie Urologique

Diplôme de L'université de Paris

Lithotripsie extra-corporelle

Endourologie Urodynamique



الدكتور الداودي يوسف

اختصاصي في أمراض وجراحة الكلى

والمسالك البولية والتناسلية

نفبتوس الحصى المراجحة 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

Société Youssef Daoudi
Chirurgien Urologue
Imm. N° 9, Appart. 1, Rue El Kharroub
Hay Riad, Rabat. Tel.: 0537 71 15 95

رقم 9 زنقة الخروب، عمارة الجزيرة شقة 1 سكتور 16 حي الرياض الرياط "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

N° MATRIAL
RABAT
10000 RABAT RP

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 :



1112

transfert date :
transfert date code :

transfert date : 2022-08-09
seconde de travail : 8
ressort du bureau : 515110
notifiant de vente : 2092 TABRA
transfert de vente : 15052021
transfert date : 2018-07-03
ressort de vente : HERITTE DE BOUIN

transfert date : 01
ressort de vente : 01-05-2020
notifiant de vente : 2238268
transfert date : 01-05-2020

(aujourd'hui vendredi 6 juillet)
notifiant : 3040166

SOAB0733000

mercredi 30 juillet

98 TABRA 00001
TABRA
DITHI THITHI
DITHI THITHI

10

D^r 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

Diplôme en Sciences

Université Paris 12, Paris

الدكتورة عائشة مثقال

طبيبة الأمراض المثلثة، التنازلية

طبية ساقية مستشفيات باريس

طبيبة سابقة مستشفى ابن سينا، الماء

متحرجة من كلية الطب بالرباط

حاصلة على دبلوم في :

الليزر للجلد، باريس

جراحة المثلث، باريس

طب التجميل، باريس

Rabat le 19 (01) 2020

نَرْقَهْ هَلَلْكَهْ نَوْحَمَدَهْ

432,00

al Valer ep 500 mg

Sept 2 per pen digest

21 Ciceplast flavor B5

I fuit par jocu peur de laver

et meer degoeds
59,10

3) Cidloviral edme -

application + S_{surface} S_{surf}

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 البزدي حي الرياض، الباط

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

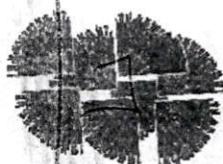
Hl. Escaplast Baume B5

rx (j) 15 jours (soit)

DR. MEDICAL Akhil
1. IMI
et

VALEX®
500 mg

Valaciclovir



27 Juv

LOT 20005
PER 06/23
PPV 432DH00

42



Voie orale

LA ROCHE-PO
LABORATOIRE DERMATOLO

3612620908238



100 ml Made in France

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

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

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

ATENDE, HERSTELLENDE BALSEM
des bij volwassenen, kinderen en zuigelingen

D^r 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 مثقال

طبيبة الأمراض الجلدية و التناسالية

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

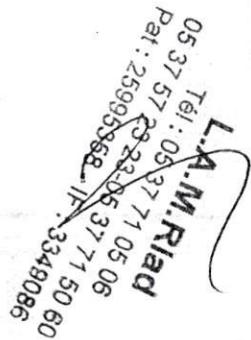
Rabat le 19 (01) 2021

n° El Hellabi Nohammed

Faute =

- Seudologie VIT₁ VIT₂, TPAAP VDRL

Hépatite B, C -



Immeuble A, appartement 7, angle av. Nakhil et rue Mohamed Yazidi Hay Riad, Rabat
العمراء A ، الشقة 7 ، الطابق 2 ، ملتقي شارع النخيل وزنقة محمد البزيدي حي الرياض الرباط.

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



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 - E-mail : 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	Hepatite C / Dépistage	B300	B
0329	HIV: HIV+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 .

Pat. 25995358 - IF : 3349086
14/03/2023 - 05/37 71 50 60
L.A.M.Riad



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