

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.

N° W19-568903

par coupon

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	9070	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL GARTI BEKKARI SANA E			
Date de naissance :	07/03/66		
Adresse :	Secteur 19 TS NRB HAY RABAT		
Tél. :	0661259863	Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Dr. Mohammed EL HARRAK Médecin Assermenté Médecine Générale 1, Rue El Faouze J3 comp CYM Rabat Tel./FAX : 05 37 29 30 64 INPÉ : 101052447 INPÉ : 00165248000029 </div>		
Date de consultation :	22/06/2021	Age :	
Nom et prénom du malade :	BEKKARI Aicha		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Lipotrophine → 65 anemi pwo.		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plié 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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 25/06/2021

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W19-568903
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 :	9070
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Signature du Médecin
22/06/21	C		150 DH	Dr. Mohammed EL HAJI HARRA Médecin Associé Rue El Fenn Casablanca Tunisie Attestation de Paiement des Actes INPE : 101052447 ICE : 001655268000029 TAX : P33203064
23/06/21	C		CA, Rue El Fenn	Dr. Mohammed EL HAJI HARRA Médecin Associé Rue El Fenn Casablanca Tunisie

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant à payer à la Pharmacie TAX : 05 37 29 30 64 N° : 0016581288000029 Rabat
<i>Reçu le 18/09/2018 par Mme Sali Hay Riad Secrétariat 18, N° 6 et 19 Avenue des Nations Unies, Rabat</i>	<i>12/09/2018</i>	<i>6.92.60</i>

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

— VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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"/>				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>				
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>				
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>				
O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> D <input type="text"/> G <input type="text"/> B <input type="text"/> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession.</p>			25533412	21433552	00000000	00000000
25533412	21433552							
00000000	00000000							
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>						
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>						
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>						
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>						

عيادة طبية

CABINET MEDICAL

Dr. Mohammed EL HARRAK
Médecine Générale



الدكتور محمد الحراق
الطب العام

ORDONNANCE

Nom : BEKKARI AICHA

Le : 23/06/2021

- 1) TARDYFERON 80 (CP) $40.50 \times 8 = 324.00$
 1 cp 2 x / j x 2 mois puis 1 cp / j x 4 mois (au moment des repas)
- 2) D CURE 25000 (amp buv) $\xrightarrow{\text{1}} 23\text{juin}$ 56.30
 1 amp / 15 j x 2 mois Prochaine amp $\rightarrow 8\text{juillet}$
- 3) VITA C 1000 (cp eff) $15.30 \times 3 = 45.90$
 1 cp / j x 1 mois
- 4) UTROGESTAN 200 (CP) $88.80 \times 3 = 266.40$
 1 cp / j du 17 au 26 j du cycle x 3 cycle (le soir)

$$T = 692.60$$

Pharmacie
 Secteur Sanitaire
 Rabat - Mosquée, N°6
 Rue El Saïdi, 15 Annexe
 Tél: 05.37.71.71.10
 Riad

Dr. Mohammed EL HARRAK
 Médecin Assermenté
 Médecine Générale
 1, Rue El Faouze J3 complément CYM Rabat
 Tel. FAX : 05.37.29.30.64
 INPE : 101052447
 CE 001655268000029

عيادة طبية
CABINET MÉDICAL

Dr. Mohammed EL HARRAK

Médecin Assermenté

Médecine Générale



الدكتور محمد الحراك

طبيب مختص

الطب العام

ORDONNANCE

Nom : BACHIRI Address : Le : 22/06/2021

- NFS

- iong

- Ferme

- sur Dr D3

Laboratoire d'Analyses Médicales
Mamounia Biologiste
Dr. LAKHMIKI Amine INPE : 103001061
ICE : 00164375600018
Identifiant Fiscal : 33402903
Av. Hassan II - Rabat

Dr. Mohammed EL HARRAK
Médecin Assermenté
Médecine Générale
1, Rue El Faouze J3 C.Y.M Rabat
Tél/FAX : 05.37.29.30.64
INPE : 101052347
ICE 00165526800020

مراقبة الفحص بعد الظهر
من 1h إلى 2h30

زنقة الفوز رقم 1 مجموعة ج 3 إضافي ح.ي.م - الرباط
الهاتف : 06.61.75.16.00 : GSM : 05.37.29.30.64 : الفاكس : Tél. - Fax : E-mail : moelharrak@gmail.com

مختبر المامونية للتحاليلات الطبية

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAMOUNIA

ICE 001613756000018

Facture n° 166216

RABAT LE : 23/06/2021

Analyses effectuées le: 23/06/2021

Pour.....: **Mlle BEKKARI AICHA**

Sur prescription du: Dr EL HARRAK MOHAMMED

Code.....: 4AO2363



Organisme.....:

Bilan:

NFS	IONOC	UREE	CREAT	GLY
25OH	FERRI	GRS		

Cotation : (B 1090)

Montant Net : 1485.60 **Dh**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

MILLE QUATRE CENT QUATRE VINGT CINQ Dhs 60 Cts

Dr. LAKHMIRI Amine , Biologiste
Laboratoire d'Analyses Médicales
Mamounia - Résidence Mamounia (Ex CTM) , Angle AV Hassan II et Rue Beyrouth - Rabat - Tél : 05 37 72 24 24 / 05 37 72 10 59 - Fax : 05 37 72 28 88
Email : labomamounia1@gmail.com
Diplômé de l'Université de Montpellier
Amine LAKHMIRI Pharmacien Biogiste
LICENCIÉ EN SCIENCES BIOMÉDICALES
N° DE LICENCE : 1030001061
N° DE RECHERCHE : 33402903
Date de délivrance : 23/06/2018
Signature : Dr. LAKHMIRI Amine , Biologiste



Amine LAKHMIRI Pharmacien Biogiste
Diplômé de l'Université de Montpellier

أمين الخميري صيدلي إحيائي
خريج كلية مونبلييه

إقامة المامونية . شارع الحسن الثاني - الدار البيضاء . الهاتف . الهاتف : 05 37 72 24 24 : 05 37 72 10 59 - Fax : 05 37 72 28 88
Résidence Mamounia (Ex CTM) , Angle AV Hassan II et Rue Beyrouth - Rabat - Tél : 05 37 72 24 24 / 05 37 72 10 59 - Fax : 05 37 72 28 88
Email : labomamounia1@gmail.com

البريد الإلكتروني : Email : labomamounia1@gmail.com
C.N.S.S. : 2696287 - Pat n° : 25100207 - R.C n° 53218 - ICE 001613756000018 - س.ت : 25100207 - ص.و.ض.ج : 2696287 - الضريبة المهنية : 53218



مختبر المامونية للتحاليل الطبية

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAMOUNIA

Prélèvement du : 23/06/2021



4AO2363

Référence : 106235323 23/06/2021
Mlle BEKKARI AICHA
 Médecin: Dr. EL HARRAK MOHAMMED

HEMATOLOGIE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
----------	-----------	--------	-------------

NUMERATION GLOBULAIRE

Globules rouges.....	4.86	M/mm3	Femme (4.0 - 5.4)
Hemoglobine.....	8.0	g/100 ml	(11.5 - 15.5)
Hematocrite	28.6	%	(35 - 47)
V.G.M	58.8	μ 3	(80 - 95)
T.C.M.H.....	16.5	pg	(27 - 32)
C.C.M.H.....	28.0	%	(32 - 36)
Plaquettes	368000	/mm3	(150.000 - 400.000)
Globules blancs.....	8980	/mm3	(4.000 - 10.000)

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles.....	57.7	%	
soit.....	5181	/mm3	(2000 - 7500)
Polynucléaires Eosinophiles.....	3.7	%	
soit.....	332	/mm3	(< 400)
Polynucléaires Basophiles.....	1	%	
soit.....	90	/mm3	(< 100)
Lymphocytes.....	31.7	%	
soit.....	2847	/mm3	(1500 - 4000)
Monocytes	5.9	%	
soit.....	530	/mm3	(100 - 800)

IMMUNO-HEMATOLOGIE

GROUPE PAGE

GROUPE..... : **B**
 RHESUS..... : **Positif**

Laboratoire d'Analyses Médicales
 Dr. LAKHMIRI Amine Biologiste
 INPE : 103001061
 ICE : 001613746000018
 Identifiant Fiscal : 33402903
 Av. Hassan II - Rabat

أمين الخميري صيدلي إحياني
 خريج كلية مونبلييه

103001061

05 37 72 28 88 - 05 37 72 10 59 - 05 37 72 24 24 - إقامة المامونية . شارع الحسين الثاني - الرباط . الهاتف : 05 37 72 24 24 / 05 37 72 10 59 - Fax : 05 37 72 28 88

Résidence Mamounia (Ex CTM), Angle AV Hassan II et Rue Beyrouth - Rabat - Tél : Email : labomamounia1@gmail.com

C.N.S.S. : 2696287 - Pat n° : 25100207 - R.C n° 53218 - ICE 001613756000018 - س.ت. 53218 - الضريبة المهنية : 25100207 - ص.و.ض.ج : 2696287

مختبر المامونية للتحاليل الطبية

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAMOUNIA

Prélèvement du : 23/06/2021



4AO2363

Référence : 106235323 23/06/2021
Mlle BEKKARI AICHA
Médecin: **Dr. EL HARRAK MOHAMMED**

BIOCHIMIE

EXAMEN DE SANG

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
Glycémie à jeun.....	: 0.98	g/l mmol/l	(0.70 à 1.10) (3.88 à 6.10)
soit....	: 5.44		
Urée.....	: 0.19	g/l mmol/l	(0.15 à 0.45) (2.49 à 7.47)
soit....	: 3.15		
Créatinine.....	: 5.1	mg/l μmol/l	(6.0 à 11.3) (52.8 à 99.2)
soit....	: 44.9		
Sodium.....	: 134	mEq/l	(136 à 145)
Potassium.....	: 4.0	mEq/l	(3.50 à 5.40)
Chlore.....	: 103	mEq/l	(97 à 111)
Bicarbonates.....	: 23.7	mEq/l	(22 à 28)
Proteines totales.....	: 65	g/l	(62 à 80)
Calcium.....	: 93	mg/l	(85 à 105)
soit....	: 2.33	mmol/l	(2.12 à 2.62)
Ferritine.....	: 1.06	ng/ml	(13 à 150)
Technique..: ECLIA / Cobas e 411 - ROCHE			
25-hydroxyvitamine D			
Vitamine D totale (D2 + D3)	: 24.9	ng/ml	(> ou = à 30)
Technique..: EIA / VIDAS BIOMERIEUX			

Laboratoire d'Analyses Médicales
Dr. LAKHMIRI Aicha - Biologiste
INPE : 101000018
ICE : 001613756000018
Identifiant Fiscal : 33402903
Av. Hassan II - Rabat



Amine LAKHMIRI Pharmacien Biographe
Diplômé de l'Université de Montpellier

أمين الخميري صيدلي إحياءي
خريج كلية مونبلييه

إقامة المامونية . شارع الحسين الثاني - الرباط . الهاتف: 05 37 72 24 24 : 05 37 72 10 59 - Fax : 05 37 72 28 88
Résidence Mamounia (Ex CTM), Angle AV Hassan II et Rue Beyrouth - Rabat - Tél : 05 37 72 24 24 / 05 37 72 10 59 - Fax : 05 37 72 28 88

Email : labomamounia1@gmail.com البريد الإلكتروني:
C.N.S.S. : 2696287 - Pat n° : 25100207 - R.C n° 53218 - ICE 001613756000018 53218 - س.ت : 25100207 - الضريبة المهنية : 2696287

ص.و.ض.ج : 103001061 05 37 72 28 88

4 ampoules buvables

D-CURE® AMPOULE

Cholécalciférol 25 000 UI

Vitamine D3

56,30 DH

LOT: 21A05D

EXP: 01/2023



Importé par: Ergo Maroc

Les laboratoires ERGO MAROC

108, Rue Pierre Parent, Casablanca. Maroc.

AMM N°: 209/14 DMP/ 21/NNP.



Composition:

Cholecalciférol 25 000 UI

Excipients.....qsp.....1ml

Indications, posologie, mise en garde spéciales :

Lire attentivement la notice avant utilisation.

· يراعي الاستعمال، الجرعات و تدابير خاصة :

· إقرأ النشرة جيدا قبل الاستعمال.

A conserver :

- Dans son emballage d'origine à l'abri de la lumière et à une température ne dépassant pas 25°C.

- Hors de la portée des enfants.

- يحفظ في علبة الأصلية بعيدا عن الضوء، وفي

درجة حرارة لا تتجاوز 25° درجة.

- يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال.

4 أمبولات للشرب

د-كير® أمبولات

كوليكسيفيرول 25 000 وحدة دولية

فيتامين D3

Ergo Maroc
La santé commence par le plaisir

Solution huileuse buvable
 محلول زيتى للشرب

D-CURE® AMPOULE



6118001320080
3 2 1

Fabriqué par SMB
SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel,
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique.