

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

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° W19-595075

80193

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	11120	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	LABYED YOUSSEF
Nom & Prénom : LABYED YOUSSEF			
Date de naissance : 24/03/1974			
Adresse : Bloc ET2 - N° 41 BIS - RUE FARABI - CITE DAKHLA - AGADIR			
Tél. : 06 42 76 96 71 Total des frais engagés : 5 DHS			

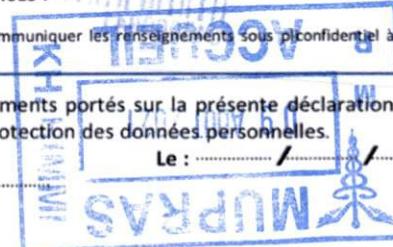
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
DRAÏKAOUA DR HABIB Endocrinologue Diabetologue et Nutritionniste Imm. SAFA SUD Av. Hassan II AGADIR - Tél: 05 22 22 42 25 NPE: 041190273 - ICE: 001700541000003			
Date de consultation : 17/08/2011			
Nom et prénom du malade : El Hattabi Amale Age : 40 ans			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : hypertension			
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /



EXECUTION DES ORDONNANCES		Montant de la Facture
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	
PHARMACIE LOTFY	KHALIL LOTFY	
PHARMACIE LOTFY Dottor Khalil Lotfy Cite Dakha - AGADIR Tél. : 05 28 22 20 09	Document Pharmacie 14, Rue El Ksiba - Agadir - AGADIR Tél : 06 28 22 40 20	29100
17/08/2021		

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE EL MOURADI D'ANALYSES MEDICALES Imm. A Al Wifaq N°5-6 Av. Moulay Hassan 1 AGADIR Tél: 05 28 23 97 65	17/06/2011	B 300	355.00

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 l'ODF.																			
<p>SOINS DENTAIRES</p>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
<p>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</p>	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	00000000			D	00000000	00000000	35533411			B	11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	25533412	21433552																
	00000000																		
	D	00000000	00000000																
	35533411																		
	B	11433553																	
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
				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"/>																

Spécialiste en Endocrinologie

Diabétologie - Obésité

et Troubles Hormonaux

Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat

Ex. Spécialiste à l'hôpital Militaire de Rabat

0528 224 225



أخصائية في أمراض الغدد

السكري - السمنة

والاضطرابات الهرمونية

خريجة كلية الطب بالرباط وطبيبة أخصائية

سابقاً بالمستشفي العسكري بالرباط

0528 224 225

Agadir le : 17/06/2021

Mme AMAL EL HATIMI

29,00

ALORA 5mg cp

1cp le matin après repas x 10jours

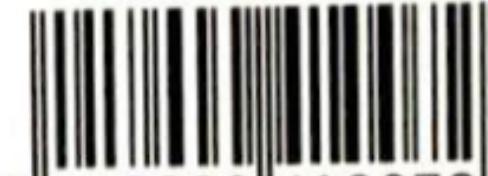
PHARMACIE LOTFY
Khalil LOTFY
Docteur en Pharmacie
44, Rue El Kaoutar Cité Dakhla - AGADIR
Tél. : 05 28 23 11 19

Dr. Kaoutar BARAKATE
Endocrinologue-Diabétologue
et Nutritionniste
Imm. SAFA SUD Av. Hassan I
AGADIR - tél: 05 28 22 42 25
NPE: 041190273 - ICE: 001700647000003

ALORA 5 mg

10 Comprimés

Deva Pharmaceutique



6"118000"410072

10 أقراص ملمسة عن طريق الفم

أبوظبي ملخص

دیسکلوراتادین

مرة واحدة يومياً

طويل المفعول

لا يسبب النعاس

مضاد للحساسية

مختبرات ديفا للصيدلة
ج. وأحدى صيدلي مسؤول

Deva

١٤٦-١٤٧ - المراجعة - بظليل - النقطة الصافية

10

7

二三

一

三

۱۱۵

Spécialiste en Endocrinologie

Diabétologie - Obésité

et Troubles Hormonaux

Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat

Ex. Spécialiste à l'hôpital Militaire de Rabat

📞 0528 224 225



أخصائية في أمراض الغدد

السكري - السمنة

والإضطرابات الهرمونية

خريجة كلية الطب بالرباط وظبيبة أخصائية

سابقاً بالمستشفى العسكري بالرباط

📞 0528 224 225

Agadir le : 17.06.2021

Note d'honorairess

Identification : 7961

Nom et Prénom : EL HATIMI AMAL

Désignation	Montant
consultation	250,00
Total	250,00

Arrêter la Présente Note à la somme de : Deux cent cinquante dhs
(250,00)

Dr. Kaoutar BARAKATE
Endocrinologue-Diétologue
et Nutritionniste
imm. SAFA SUD Av. Hassan I
AGADIR - Tel: 05 28 22 42 25
IPF: 041 80 273 - ICE: 00170064700000?

Spécialiste en Endocrinologie

Diabétologie - Obésité

et Troubles Hormonaux

Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat

Ex. Spécialiste à l'hôpital Militaire de Rabat

0528 224 225



أخصائية في أمراض الغدد

السكري - السمنة

والإضطرابات الهرمونية

خريجة كلية الطب بالرباط وطبيبة أخصائية

سابقاً بالمستشفى العسكري بالرباط

0528 224 225

Agadir le : 17.06.2021

Mme El Hatimi Amale

- GOT
- GPT
- LT₄

LABORATOIRE EL.MGHARI
D'ANALYSES MEDICALES
Imm. A Al Witaq N°5-6
Av. Moulay Hassan 1 AGADIR
Tél/Fax: 05 28 23 97 65

Dr. KAOUTAR BARAKATE
Endocrinologue-Diabétologue
et Nutritionniste
Imm. SAFA SUD Av. Hassan 1
AGADIR - Tél: 05 28 22 42 25
P.F. 0011901273 - ICE: 00170064700000²

LABORATOIRE EL MGHARI D'ANALYSES MEDICALES ET SCIENTIFIQUES

Imm. Al Wifaq N° 5,6 - Av. My Hassan 1er Autoroute de Dakhla (en face des Administrations de Dakhla) - AGADIR

Tél.: 0528 23.97.64/65 - Fax : 0528 23.97.65 - E-mail: labelmghari@gmail.com - Patente : 48136181

Identification fiscale : 75757580- N° R.C. : 31012- N° TVA : 270074- N° CNSS : 2694257- N° ICE: 001591578000043

N° Compte bancaire : SOCIETE GENERALE AV. HASSAN 1ER AL MASSIRA 022 010 000 223 00 050028 09 25

INP : 043000041

Facture 7563

AGADIR Le : 17/06/2021

Analyses effectuées le: 17/06/2021

Pour.....: **Mme EL HATIMI AMAL**

Sur prescription du : Dr KAOUTAR BARAKATE

Code.....: 03FA813



Matricule.....:

Bilan:

GOT=B50 GPT=B50 T4L=B200

Total : B 300

Montant Net : 355.00 Dh

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

TROIS CENT CINQUANTE CINQ Dhs 00 Cts

LABORATOIRE EL.MGHARI
D'ANALYSES MEDICALES
Imm. A Al Wifaq N°5-6
Av. Moulay Hassan 1 AGADIR
Tél/Fax: 05 28 23 97 65

Dr. El Mghari Moulay Abdellaziz
SPECIALISTE EN BIOLOGIE CLINIQUE



043000041

DIPLOME EN BIOCHIMIE CLINIQUE, HEMATOLOGIE,
BACTÉRIOLOGIE, VIROLOGIE PARASITOLOGIE, MYCOLOGIE,
IMMUNOLOGIE, MALADIES AUTO-IMMUNES ET TOXICOLOGIE CLINIQUE
DIPLOME DE L'UNIVERSITÉ DE MARSEILLE
DIPLOME DE L'UNIVERSITE UCL DE MEDECINE DE BRUXELLES
ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE BRUXELLES
ANCIEN ASSISTANT A L'UNIVERSITÉ DE MEDECINE UCL DE BRUXELLES

الدكتور مولاي عبد العزيز المغاربي
اختصاصي في التحاليل الطبية

اختصاصي في علم الدم والمناعة ، الكيمياء الإحاجية ،

البكتريولوجيا ، الفيروЛОجيا ، الميكروبولوجيا الإمامنولوجيا

الطفيليات والتوكسيكولوجيا الطبية

خريج بكلية مرسيلا

خريج بكلية بيركسل للطب

داخلي سابق بمستشفيات بيركسل

ملحق سابق بكلية الطب UCL ببركسل

03FA813

Référence : 106170639

Edition du : 17/06/2021

Mme EL HATIMI AMAL

Age : 40A

Prélèvement du : 17/06/2021

Préscripteur : Dr.

BIOCHIMIE SANGUINE

Roche COBAS 6000 analyzer series

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
Aspect du serum	CLAIR		
Transaminases SGOT/ASAT.....	90.6 *	UI/l	(0 - 31) 43.5 (21/05/21)
Transaminases SGPT/ALAT.....	135.1 *	UI/l	(0 - 34) 52.0 (21/05/21)

HORMONOLOGIE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
T4 libre..... Roche COBAS 6000 analyzer series	4.9 *	ng/l	(9.3 - 17.0)

LABORATOIRE EL MGHARI
D'ANALYSES MEDICALES
Dr. EL MGHARI
Moulay Abdellaziz

7H30 إلى 19H إستخلاص الدم في المختبر والمنزل
LE LABORATOIRE EST OUVERT DE 7H30 A 19H - PRELEVEMENT AU LABORATOIRE EN DOMICILE

شارع مولاي الحسن الأول الطريق الرئيسية (أمام إدارات الداخلية) أكادير
Imm. Al wifaq n° 5,6 - Av. My Hassan 1er Autoroute de Dakhla (en face des Administrations de Dakhla) AGADIR
Tél. : 05 28 23 97 64/65 - Fax: 05 28 23 97 65 - E-mail:labelmghari@gmail.com - Patente : 48136181 - ICE: 001591578000043