

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

M22- 0033907

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 472 Société : 156633
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : FILALI ANSARY HASSAN
 Date de naissance : 1942
 Adresse : 2 rue el orabi Jilali
 Tél. : 0661 694998 Total des frais engagés : 3295,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

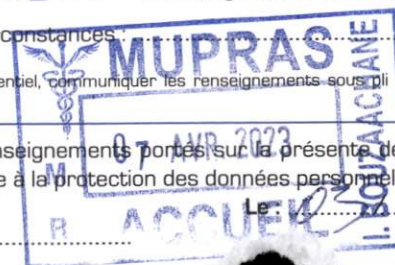
Cachet du médecin :



Date de consultation : 2/03/2023
 Nom et prénom du malade : FILALI ANSARY HASSAN Age : 1942
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA + Parkinson
 Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : CASABLANCA Le 02/03/2023
 Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
2-3-23	AS	1	5000	

Dr. Mokanna MCHAIMIMI
S.D. Médecin
Urgence à Domicile

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/3/23	145,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	02/03/23	B - 1897	2500,00
	03/03/23	B - 167	150,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

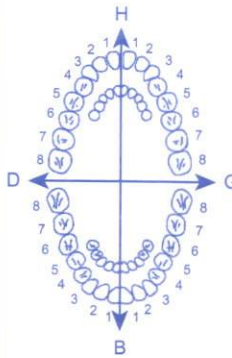
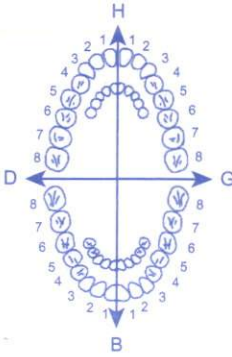
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

AMBULANCE SIMPLE
AMBULANCE MÉDICALISÉE
VEHICULE SANITAIRE LEGER
AMBULANCE AVION SANITAIRE
INFIRMIERE A DOMICILE
AIDE SOIGNANTE A DOMICILE
KINE A DOMICILE
CONSULTATION A DOMICILE
CONSULTATION DE CONTRE VISITE
ANALYSE MEDICALE
TEST COVID
MATERIEL MEDICAL

MAYDAY

TRANSPORT SANITAIRE

ORDONNANCE

خدمات التمريض
الفحص المنزلي
إستشارة منزلية
تحاليل طبية
إختبار كوفيد
معدات ومستهلكات

لزمات طبية

Casablanca le: 2-3-23

Dr. F. L. H. S. S.

131,60

21 Sp... ..

21 Sp... .. 21,5 x 10,5

1400

21 Sp... ..

21 Sp... .. 21,5 x 10,5

145,60

Gde. Pharmacie de Paris
60, rue de la Harpe - 75005 Paris
Tél : 01 42 77 42 00 - 01 42 77 26 04

Dr. Sokayna MCHAMMI
SOS Médecin
Urgence à Domicile

AMBULANCE SIMPLE
AMBULANCE MÉDICALISÉE
VEHICULE SANITAIRE LEGER
AMBULANCE AVION SANITAIRE
INFIRMIERE A DOMICILE
AIDE SOIGNANTE A DOMICILE
KINE A DOMICILE
CONSULTATION A DOMICILE
CONSULTATION DE CONTRE VISITE
ANALYSE MEDICALE
TEST COVID
MATERIEL MEDICAL



الإسعاف العادي
الإسعاف الطبي
إسعاف الطائرات الطبية
خدمات التمريض المنزلية
الفحص المنزلي
إستشارة منزلية
تحاليل طبية
إختبار كوفيد
معدات و مستلزمات طبية

ORDONNANCE

Casablanca le: 2-3-2023

Dr Sokayma MGHAMMI
SOS Médecin
Urgence à domicile

Filali H. Hassan

71 NFS

21 D Domicile

31 CRP

41 Hb BNP

51 Tm phur

61 PCT

71 urée, créat

81

Dr Sokayma MGHAMMI
SOS Médecin
Urgence à domicile

إقامة البدر تجزئة 11 العمارة رقم 99 المنزل رقم 7 الطابق رقم 2 عين السبع الدار البيضاء

Res. Al Badr Lot N°11 Imm N°99 Appt 7 Etg 2 Ain Sebaa - Casablanca - Tél : 06 13 34 10 01

Email : contact@maydayhelp.ma : البريد الإلكتروني



LABORATOIRE MORIZGO D'ANALYSES MEDICALES ET BIOLOGIQUES

Adresse: 46 Bis, Rue des Hôpitaux - Porte principale CHU IBN ROCHD Casablanca

Tél. : 05 22 48 43 43 - 05 22 48 43 44 - Fax : 05 22 48 43 42

Email : laboratoiremorizgo@gmail.com

Patente : 36339517

ICE: 002003308000018

INPE: 093062735

IF: 25012189

Dr. Nouredine RACHID

Directeur du laboratoire

Diplômé de l'Université de Médecine et de Pharmacie de Rabat



Casablanca, le : 18-03-2023

Facture N° : 230003013

Date d'analyse : 03/03/2023

Nom et Prénom : Mr Hassan FILALI

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PC	Prélèvement sang adulte	B17	B
0241	Cytologie. Culture. Identification	B90	B
	Antibiogramme	B60	B

Total des B : 167

Montant total de la facture : 150.00Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent cinquante dirhams .

Laboratoire Morizgo d'Analyses Médicales
Dr Rachid Nouredine
Biologiste - INPE 097164487
46bis, Rue des Hôpitaux, Quartier des Hôpitaux
Casablanca - Tél: 0522 48 43 43 Fax: 0522 48 43 42





LABORATOIRE MORIZGO

D'Analyses Médicales

Dr. Rachid Noureddine
BIOLOGISTE

Date du prélèvement : 03/03/2023 à 09:24
Code patient : 230302-0169
Né(e) le : 01/01/1942 (81 ans)



Mr Hassan FILALI
Dossier N° : 230303-0038
Prescripteur :

BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

(Cultures sur milieux : CLED et Milieu Chromogènes OXOID)

Recueil : Milieu du jet
Aspect : Trouble

Recherche biochimique:

pH:	8,0	(6,0-7,5)
Sucre:	Négative	
Protéines:	Négative	
Sang:	Négative	
Acétone:	Négative	
Nitrites:	Négative	

Examen cytologique

Leucocytes :	3 / mm ³	(0-40)
	3 000 / ml	(0-40 000)
Hématies :	<1 / mm ³	(0-10)
	<1 000 / ml	(0-10 000)
Cellules épithéliales :	Absence	
Cylindres :	Absence	
cristaux:	Quelques	
Type de cristaux:	Urates amorphes	
Examen direct :	Absence de germes	

Examen bactériologique

Cultures : Cultures polymicrobiennes

Laboratoire Morizgo d'Analyses Médicales
Dr Rachid Noureddine
Biologiste - INPE 097164487
46bis, Rue des Hôpitaux, Quartier des Hôpitaux
Casablanca - Tél: 0522 48 43 43 Fax: 0522 48 43 47

Validé par : Dr. Noureddine RACHID
INPE : 097164487



AMBULANCE SIMPLE
AMBULANCE MÉDICALISÉE
VEHICULE SANITAIRE LEGER
AMBULANCE AVION SANITAIRE
INFIRMIERE A DOMICILE
AIDE SOIGNANTE A DOMICILE
KINE A DOMICILE
CONSULTATION A DOMICILE
CONSULTATION DE CONTRE VISITE
ANALYSE MEDICALE
TEST COVID
MATERIEL MEDICAL


MAYDAY
TRANSPORT SANITAIRE

ORDONNANCE

الإسعاف العادي
الإسعاف الطبي
إسعاف الطائرات الطبية
خدمات التمريض المنزلية
الفحص المنزلي
إستشارة منزلية
تحاليل طبية
إختبار كوفيد
معدات و مستلزمات طبية

Casablanca le: 2-3-23





LABORATOIRE MORIZGO

D'ANALYSES MEDICALES ET BIOLOGIQUES

Adresse: 46 Bis, Rue des Hôpitaux - Porte principale CHU IBN ROCHD Casablanca

Tél. : 05 22 48 43 43 - 05 22 48 43 44 - Fax : 05 22 48 43 42

Email : laboratoiremorizgo@gmail.com

Patente : 36339517 ICE: 002003308000018 INPE: 093062735

IF: 25012189

Dr. Nouredine RACHID

Directeur du laboratoire

Diplômé de l'Université de Médecine et de Pharmacie de Rabat



Casablanca, le : 03-03-2023

Facture N° : 230003012

Date d'analyse : 02/03/2023

Nom et Prénom : Mr Hassan FILALI

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PC	Prélèvement sang adulte	B17	B
0216	Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes)	B80	B
	D-Dimères	B400	B
0370	C R P (Protéine C réactive)	B100	B
	Pro-BNP	-	HN
	Troponine IC	B250	B
	Procalcitonine	B400	B
0105	Chlore	B30	B
0111	Créatinine	B30	B
0131	Potassium	B30	B
0133	Sodium	B30	B
0135	Urée	B30	B

Total des B : 1897

Montant total de la facture : 2500.00Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux mille cinq cents dirhams .

Laboratoire Morizgo d'Analyses Médicales
Dr Rachid Nouredine
Biologiste INPE 097164487
46bis, Rue des Hôpitaux, Quartier des Hôpitaux
Casablanca - Tél: 0522 48 43 43 Fax: 0522 48 43 42





Date du prélèvement : 02/03/2023 à 21:02
Code patient : 230302-0169
Né(e) le : 01/01/1942 (81 ans)



Mr Hassan FILALI
Dossier N° : 230302-0169
Prescripteur :

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME (Automate : HORIBA Medical ABX PENTRA)

"Les valeurs de référence sont en fonction de l'âge, du sexe, état physiologique du patient(e) et l'âge de grossesse"

Hématies :	3,33 M/mL	(4,00–5,65)
Hémoglobine :	11,3 g/dL	(12,5–17,2)
Hématocrite :	34,7 %	(37,0–49,0)
VGM :	104 fL	(80–101)
TCMH :	34 pg	(27–34)
CCMH :	32,6 g/dL	(28,0–36,0)
Leucocytes :	8 760 /mm ³	(3 600–10 500)
Polynucléaires Neutrophiles :	71 %	
Soit:	6 220 /mm ³	(2 000–7 500)
Lymphocytes :	17 %	
Soit:	1 489 /mm ³	(1 000–4 000)
Monocytes :	9 %	
Soit:	788 /mm ³	(<1 100)
Polynucléaires Eosinophiles :	2 %	
Soit:	175 /mm ³	(0–600)
Polynucléaires Basophiles :	1 %	
Soit:	88 /mm ³	(0–150)
Plaquettes :	170 000 /mm ³	(160 000–450 000)

Commentaire :

Laboratoire Morizgo - Analyses Médicales
Dr Rachid Noureddine
Biologiste - Tél: 0522 48 43 43 Fax: 0522 48 43 42
46bis, Rue des Hôpitaux, Quartier des Hôpitaux
Casablanca





LABORATOIRE MORIZGO

D'Analyses Médicales

230302-0169 - Mr Hassan FILALI

Dr. Rachid Noureddine
BIOLOGISTE

HEMOSTASE

D-Dimères (2ème génération)

(Technique Immuno-fluorescence ELFA,
Biomérieux VIDAS)

415 ng/ml (<500)

IMMUNO-HEMATOLOGIE

Procalcitonine (B.R.A.M.S)

(Technique Immuno-Fluorescence ELFA -
Biomérieux)

0,050 ng/mL

Interprétations :

- Sujets sains : < à 0,05 ng/mL
- Processus inflammatoires chroniques et maladies autoimmunes : < à 0,5 ng/mL
- Infections virales : < à 0,5 ng/mL
- Infections bactériennes localisées, légères à modérées : < à 0,5 ng/mL
- SIRS, polytraumatismes, brûlures : 0,5 à 2,0 ng/mL
- Infections bactériennes sévères, septicémie : > à 2,0 ng/mL
- Atteintes organiques multiples : souvent entre 10 et 100 ng/mL

BIOCHIMIE SANGUINE

Protéine C-réactive (CRP)

(Immunoturbidimétrie - minidray BS-380)

103,5 mg/L (<5,0)

Sodium (Na)

(Electrode sélective d'ions diluée (indirecte))

141 mmol/L (135-145)

Potassium (K)

(Electrode sélective d'ions diluée (indirecte))

3,83 mmol/L (3,50-5,10)

Chlore (Cl)

(Electrode sélective d'ions diluée (indirecte))

107 mmol/L (95-110)

Urée

(Dosage enzymatique - minidray BS-380)

0,48 g/L (0,10-0,50)
8,00 mmol/L (1,67-8,33)

Créatinine

(Dosage enzymatique - minidray BS-380)

8,5 mg/L (5,0-13,0)
75,2 µmol/L (44,3-115,1)

Laboratoire Morizgo d'Analyses Médicales
Dr. Rachid Noureddine
BIOLOGISTE
46035, Rue des Hôpitaux, Quartier des Hôpitaux
Casablanca - Tél: 0522 48 43 43 Fax: 0522 48 43 42





LABORATOIRE MORIZGO

D'Analyses Médicales

Dr. Rachid Noureddine
BIOLOGISTE

230302-0169 – Mr Hassan FILALI

MARQUEURS CARDIAQUES

Troponine IC

(Technique chimie-luminescence)

Seuil décisionnel selon les recommandations ACC/ESC et IFCC :

- entre 0,1 et 0,3 zone d'imprécision
- >0,3 (CV 10%) Infarctus du myocarde

0,02 ng/mL (<0,10)

NB: Toute valeur de Troponine < 0.3 ng/ml associée à un ECG négatif et à une douleur thoracique de moins de 6 heures doit être confirmée par un second prélèvement 4 heures plus tard pour exclure un diagnostic d'IDM.

NT-PRO BNP

(Technique Immuno-fluorescence ELFA,
Biomérieux VIDAS)

312,0 pg/mL (<300,0)
36,8 pmol/mL (<35,4)

Validé par : Dr. Noureddine RACHID
INPE : 097164487

Laboratoire Morizgo d'Analyses Médicales
Dr Rachid Noureddine
Biologiste
46 bis Rue des Hôpitaux, Quartier des Hôpitaux
Casablanca - Tél: 0522 48 43 43 Fax: 0522 48 43 42
INPE: 097164487



CI:6357

جدول (لائحة 1) / Tableau A (Liste I)

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance
لا يسلم الا بوصفة طبية

Fabriqué par / من صنع



41, Rue Med DIOURI 20110 Casablanca
41. زنفة محمد الديوري 20110 الدار البيضاء
Pharmacien responsable :
Amina DAOUDI

Spectrum® 500mg
Ciprofloxacin 20 Comprimés



6 118000 081937



SOIR

Comprimés pelliculés 20 x

Voie orale
500 mg



Spectrum®
Ciprofloxacin

COMPOSITION:

Ciprofloxacin 500 mg
Excipients: q.s.p 1 comprimé pelliculé

500mg سيبروفلوكساسين
سوانغات ك.ك.ل قرص ملبس.

Avant toute utilisation, lire attentivement
la notice à l'intérieur
اقرأ النشرة بنصنع قبل الاستعمال



Soyez très prudent

Ne pas conduire sans l'avis
d'un professionnel de santé

كونوا على حذر شديد
تتبع الساقفة دون استشارة مهني الصحة

CONDITIONS D'EMPLOI / الاستعمال / شروط

Ne laisser ni à la portée ni à la vue des enfants
لا يترك في متناول ومراى الأطفال

Conserver à une température ne dépassant pas 30°C
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية

Ne pas utiliser après la date de péremption figurant sur
la boîte

لا يستعمل بعد تاريخ انتهاء الصلاحية المدون على العلبة.

AMM N° 761/16DMP/21/NRQ

سبيكتروم

سيبروفلوكساسين

20 x قرصا ملبسا

COOPER
PHARMA



SPECTRUM + GROSSESSE = DANGER

سبيكتروم + الحمل = خطر

Il est préférable d'éviter d'utiliser
SPECTRUM pendant la grossesse
يستحسن تجنب استعمال سبيكتروم أثناء الحمل

مدة 4 ساعات
صباح 9 زوال 3 مساء

500 mg
Voie orale



Spectrum
ciprofloxacin

Comprimés pelliculés

IDEMCO

131,60

دوليبيران®

بارا صيطامول

10 أقراص قابلة للكسر

1000 ملغ

Doliprane® 1000 mg
Paracétamol

10 Comprimés sécables



للكبار

الأوجاع و الحمى



6 118000 0409 7

COMPOSITION :

Paracétamol 1000 mg
Excipients qsp un comprimé

INDICATIONS : Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses, la douleur de l'arthrose.

Réservé à l'adulte et à l'enfant à partir de 50 kg (soit environ à partir de 15 ans).

1000 ملغ 10 أقراص

الاستعمال : يتم استخدامه لعلاج الألم و/أو الحمى على سبيل المثال في الصداع و الأنفلونزا و آلام الأسنان و آلام الجسم و آلام الدورة الشهرية و آلام المفاصل.

الحد الأدنى من العمر : للأطفال من 50 كغ فما فوق (حوالي 15 سنة).

09/22
100321

BOEBO



PPV: 14DH00
PER: 02/26
LOT: M545

Doliprane®

Paracétamol

1000 mg

10 Comprimés sécables

DOULEURS & FIEVRE



Adulte

VOIE ET MODE D'ADMINISTRATION :

Voie orale.

Avaler les comprimés avec un grand verre d'eau.

POSOLOGIE : Lire attentivement la notice.

Tenir hors de portée et de vue des enfants.

طريقة الاستعمال :

عن طريق الفم

إبلع الأقراص مع كوب كبير من الماء.

اقرأ النشرة بتمعن.

يحفظ بعيدا عن متناول و مرآى الأطفال.

Attention : ne pas prendre 2 comprimés à la fois et ne jamais dépasser 4 comprimés par jour.



botu, r

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

AMM N° 834/16 DMP/21/NRQ

45x18x97

Doliprane®
Paracétamol

