

## 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.

### 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° W21-772070

MS787 Cr

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société	
Matricule : 9708		L'ADHÉRENT	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	RADIA
Nom & Prénom : LATIFI CHI		Date de naissance : 30/11/71	
Adresse : 17 Immeuble GUFRANE		Tél. : 0661 389207	
		Total des frais engagés : 1663 Dhs	

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Dr. Maryama HAOUAINE  
Gynécologue Obstétricienne  
Hôpital Cheikh Zayed  
101071819

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 02/09/2023	
Nom et prénom du malade : LATIFI CHI RADIA	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : AFG leucose kystique	
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 : 02/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-772070

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).

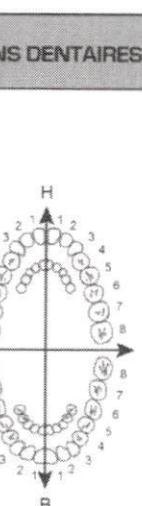
9708  
Latifi Chi RADIA  
1663

Matricule : 9708
Nom de l'adhérent(e) : Latifi Chi RADIA
Total des frais engagés : 1663
Date de dépôt :

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/09/2023	
	0.2   09   23	

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

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE					
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.					
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.					
<b>INPE : 132062357</b> 	<b>DENTS TRAITÉES</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<b>NATURE DES SOINS</b>	<b>COEFFICIENT</b>	
<b>INP :</b> <input type="checkbox"/>					
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>					
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>					
<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>					
<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>					
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>				
	<b>H</b> 25533412   21433552 <b>D</b> 00000000   00000000 <b>G</b> 00000000   00000000 <b>B</b> 35533411   11433553				
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>					
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>					
<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="checkbox"/>					
<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>					



**Composition :**

levofloxacin ..... 500 mg

Excipients q.s.p. un comprimé pelliculé sécable

**Composition:**

levofloxacin ..... 500 mg

Excipients q.s.f. one film-coated scored tablet

A conserver à une température ne dépassant pas 30°C,  
dans son emballage d'origine (plaquettes et boîte), à l'abri de l'humidité.  
TENIR CE MEDICAMENT HORS DE LA VUE ET DE LA PORTEE DES ENFANTS.

**Lire attentivement la notice avant utilisation**

Store below 30°C, in the original packaging (blister strips and box) in a  
dry place.

KEEP THIS MEDICINE OUT OF THE SIGHT AND REACH OF CHILDREN.

**Read carefully the package insert before use**



*levofloxacin/levofloxacin*

Voie orale/Oral use

7 comprimés pelliculés sécables  
7 film-coated tablets

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Tavanic 500mg. cp pel b7  
P.P.V : 205,00 DH



6 118001 080830

SANOFI

 **TAVANIC® 500 mg**

7 comprimés pelliculés sécables  
7 film-coated scored tablets

۵۰۰ میگریم  
۵۰۰ mg

3 582910 080732

R884530

**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES  
USE THE DOSE AS PRESCRIBED**

الرُّجُاعُ لِلتَّفْصِيْلِ بِالْمُرْعَاتِ الْمُوْصَفَةِ  
دواء يُصرَفُ بِنَاءً عَلَى وَصْفَةِ طَبِيَّةٍ - فَائِمَةٍ ا

۵۰۰ میگریم  
۵۰۰ mg  
۳۰ قابض  
۳۰ tablets  
۷ قابض  
7 tablets

Médicament autorisé / Authorized medicine n°41382.01.00

دواء مرخص رقم

**Sanofi-Aventis Deutschland GmbH**  
D-65926 Frankfurt am main,  
Allemagne/Germany

**Fabricant / Manufacturer** : المصنع /

Sanofi Winthrop Industrie  
56, route de Choisy au Bac  
60205 Compiègne - France

EXP. : 09/2024  
Fab/Mfg. : 1091C  
Lot/Batch : 1091C

 **TAVANIC® 500 mg**

7 comprimés pelliculés sécables  
7 film-coated scored tablets



σ'EG

MPRIMEPEL

## **EXACYL® 500 mg**

**(ACIDE TRANEXAMIQUE)**

**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**

### List I : Tableau A

Titulaire d'AMM pays d'origine  
CHEPLAPHARM Arzneimittel GmbH,  
Ziegelhof 24, 17489 Greifswald, Germany

## Titulaire d'AMM au Maroc

Bottu SA

## 82, Allée des casuarinas

Aïn Sebaâ, Casablanca.

## Fabricant

Maphar. Boulevard ALKIMIA N°6  
Ql-Sidi Bernoussi, Casablanca.

## EXACYL® 500 mg

## Acide tranexamique

20 comprimés



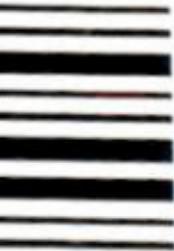
6 118000 061250

# اکنامیک پرسل<sup>®</sup>

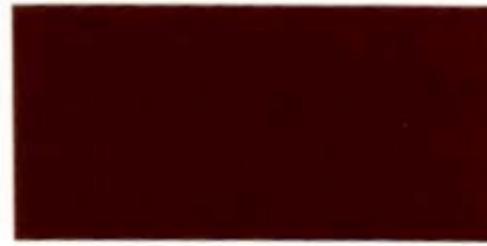
**Lire attentivement la notice avant utilisation.**  
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

اقرأ النشرة بتمعن قبل الاستعمال.  
يحفظ بعيداً عن مرأى ومتناول الأطفال.

40000459-01  
90003934/10  
11/20



**EXACYL®**  
(ACIDE TRANEXAMIQUE)  
20 comprimés à 500 mg



20 comprimés à 500 mg

**EXACYL®**  
(ACIDE TRANEXAMIQUE)

Voie orale



Formule : Acide tranexamique ..... cinq cents milligrammes  
Excipients ..... q.s.p. 1 comprimé pelliculé.

تركيبة للقرص الواحد: حمض طرانيكزاميك ..... خمسمائة ملغم  
سواغات الكافية للقرص ملبيس الواحد.

عن طريق الفم



47x20x104  
6.

AMM N° 01/05 DMP/21/NCF



N° DE FACTURE : 2023/P/107101-3149509  
IPP : 1664443  
N ° DOSSIER : U230012425  
NOM & PRENOM : LAHRICHI RADIA

MODALITE DE PAIEMENT : CLIENTS PAYANTS  
DATE ENTREE : 02/09/2023  
DATE SORTIE : 02/09/2023  
DATE FACTURATION : 02/09/2023

## FACTURE

DESIGNATION DES PRESTATIONS	PRIX UNITAIRE	NOMBRE	MONTANT DH
ACTES			
CONSULTATION GARDE (URG)	350,00	1,00	350,00
	TOTAL ACTES : 350,00		
LABORATOIRES			576,20
IMAGERIE MÉDICALE			460,00
PHARMACIE			19,09

Arrêtée la présente facture à la somme de  
mille quatre cent cinq et 29 / 100

#### **TOTAL FACTURE**

1 405,29

**TOTAL ENCAISSEMENT**

1 405,29

## SOLDE

0,00

Les montants affichés sur cette facture sont en **MA**



## LISTING DES PRESTATIONS

**N° DE FACTURE** : 2023/P/107101  
**IPP** : 1664443  
**N ° DOSSIER** : U230012425  
**NOM & PRENOM** : LAHRICHI RADIA

**MODALITE DE PAIEMENT** : CLIENTS PAYANTS  
**DATE ENTREE** : 02/09/2023  
**DATE SORTIE** : 02/09/2023  
**DATE FACTURATION** : 02/09/2023

Arrêtée la présente facture à la somme de  
mille quatre cent cinq et 29 / 100

Total général :

1 405,29

Total encaissement :

1 405,29

Solde

0,00

Les montants affichés sur cette facture sont en MA



Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaïd

Hôpital Universitaire International



Service Admission/Facturation

[PP : 1 664 443 N° de dossier Quittance 230012425

2 890 84

DI : 3 299 914 2

Patient : LAHRICHI RADIA

Montant : 1 405,29 Dh (mille quatre cent cinq et 29 / 100)

Mode de paiement : CARTE BANCAIRE N° du document : 0677

Date d'encaissement : 02/09/2023

Description :

Medecin :

Motif :

Paiement effectué à la CAISSE URGENCE

Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.

Délai du résultat Test COVID-19 à partir de 48 heures.

Assurance

CLIENTS PAYANTS

Cachet du caissier :

N° 2190297

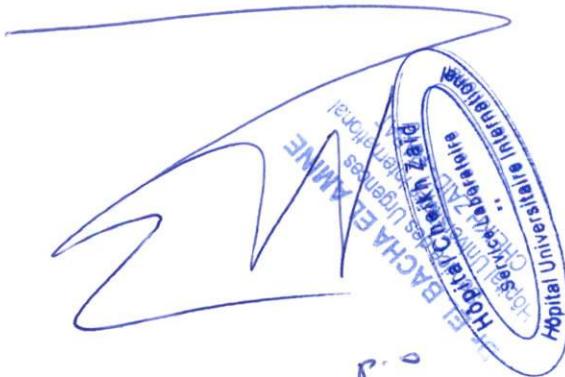


Rabat, le 02/09/2027

Docteur .....

Mr LAHRICHI RADIA

- BACG
- CRP
- NFS



DRAHOUA Z. N.  
MARYAM



Rabat, le 02/09/2023

Docteur .....

Mme Pahrichi RADIA

- Ecole de PVIENNE  
Hôpital Cheikh Zaid  
Service des Urgences  
Hôpital Universitaire International

Dr HADDOUDI  
merayam  
Hôpital Universitaire International  
Service des Urgences  
Hôpital Universitaire International  
Dr HADDOUDI  
merayam



Rabat le 21.03.73.

## Echographie Gynécologique

Nom et prénom Laurence Röder  
DDR  
Indication électromécanique

## Utérus :

Diamètres..... when l'effacement des signes  
Echostructure.....  
Contours..... signs de perturbation,  
Ligne cavitaire.....  
Commentaires..... type 2 & le plus open  
les spots 76120

## Ovaires :

## Droit :

Diamètres.....

## Commentaires

240

### Gauche :

## Commentaires.....

247

CDS de Douglas

uglas lange Zögreden beginnen

Journal Pre-proof | available online at <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022283320330011> | DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jtbi.2020.110011> | Last updated: 2020-12-01 11:27:41

6، بشارع علاء الفاسدي، مدينة العروقان، حي الرياض، الرباط 10 000 - المغرب - الهاتف: +212 537 68 68 68 - الفاكس: +212 537 68 38 48 - البريد الإلكتروني: [contact@hcz.ma](mailto:contact@hcz.ma) - Site Web: [www.hcz.ma](http://www.hcz.ma)



IPP : 1 664 443

Origine : Urgence

Prélèvement du : 02/09/2023 22:52:15

Numéro de dossier : U230012425

Référence: 230900404

RDV: 4 088 501

LAHRICHI RADIA

Sexe: FEMININ

Né(e) le: 30/11/1971

Prescripteur:

## HEMATOLOGIE

### EXAMEN DE SANG

Analyses	Résultats	Unités	Valeurs de Référence	Résultat antérieur
----------	-----------	--------	----------------------	--------------------

#### Numération Globulaires:

Globules Rouges .....	5,07	10e6/ul	(4,00 - 5,40)
Hémoglobine .....	15,39	g/dl	(12,00 - 15,50)
Hematocrite .....	47,4	%	(35,0 - 47,0)
V.G.M .....	93,5	μ3	(80,0 - 95,0)
T.C.M.H .....	30,40	pg	(27,00 - 31,20)
C.C.M.H .....	32,4	g/dl	(32,0 - 36,0)
Plaquettes .....	266	10e3/ul	(150 - 400)
Globules Blancs .....	12760	/ul	(4000 - 10000)

#### Formule Leucocytaire:

Polynucléaires Neutrophiles .....	73,68	%	(50,00 - 75,00)
Soit .....	9402	/mm3	(2000 - 7500)
Polynucléaires Eosinophiles: .....	0,40	%	(-0,00 - 5,00)
Soit .....	51	/mm3	(-0 - 500)
Polynucléaires Basophiles: .....	0,43	%	(-0,00 - 1,00)
Soit .....	55	/mm3	(-0 - 100)
Lymphocytes .....	19,12	%	(20,00 - 40,00)
Soit .....	2440	/mm3	(1500 - 4000)
Monocytes .....	6,35	%	(4,00 - 10,00)
Soit .....	810	/mm3	(100 - 1000)
Au Total .....	100	%	

IPP : 1 664 443

Référence : 230900403

Origine : Urgence

RDV : 4 088 499

Prélèvement du : 02/09/2023 22:51:41

LAHRICHI RADIA

N° Dossier : U230012425

Sexe : F Né(e) le : 30/11/1971

Organisme : CLIENTS PAYANTS

Prescripteur :

HORMONOLOGIE

Analyses

Résultat

Unité Valeurs de Référence Résultats Antérie

B H CG Plasmatique . . . 1,20 mUI/ml

**Valeurs Physiologiques En Fonction De L'âge De Grossesse****1<sup>o</sup> semaine de conception : 5 à 50**

4	- 5	Semaines	: 15 00 à 23 000
5	- 6	Semaines	: 24 00 à 135 000
6	- 7	Semaines	: 10 500 à 161 000
7	- 8	Semaines	: 18 000 à 209 000
8	- 9	Semaines	: 37 500 à 218 000
9	- 10	Semaines	: 42 800 à 219 000
10	- 11	Semaines	: 33 700 à 218 700
11	- 12	Semaines	: 21 800 à 193 200
12	- 13	Semaines	: 20 300 à 166 100
13	- 14	Semaines	: 15 400 à 160 000
2 éme trimestre			: 4 500 à 114 400
3 éme trimestre			: 3 500 à 80 000
FEMMES EN DEHORS DE GROSSESSE			: < 5
FEMMES MENOPAUSES			: < 10

IPP : 1 664 443  
 Origine : Urgence  
 Prélèvement du : 02/09/2023 22:51:41  
 N° Dossier : U230012425  
 Organisme : CLIENTS PAYANTS

Référence : 230900403  
 RDV : 4 088 499

**LAHRICHI RADIA**

Sexe : F Né(e) le : 30/11/1971  
 Prescripteur :

## BIOCHIMIE

### SANG

Analyses	Résultat	Unité	Valeurs de Référence	Résultats Antérie
C R P (Protéine C Réactive)	8,0	mg/l	(0,00 - 5,00)	