

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W21-772070

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

VOLET ADHERENT

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).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

8, P. 6533, av. Allal El Fassi, Madinat Al Fhane, Hay Riad - Rabat 10 000 - Maroc - Tél. : +212 537 68 68 48 - Fax : +212 537 68 36 48 - E-mail : contact@hcz.ma - Site Web : www.hcz.ma
www.hcz.ma - الموقع الإلكتروني - contact@hcz.ma - البريد الإلكتروني - +212 537 68 36 48 - الفاكس - +212 537 68 68 48 - الهاتف - المغرب - 10 000 - الرباط - حي الفان - مدنت الفاسي - أف. 6533

Composition :
lévofloxacine 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



 **TAVANIC® 500 mg**

lévofloxacine/levofloxacin

Voie orale/Oral use

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

7 comprimés pelliculés sécables
7 film-coated scored tablets

SANOFI 

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

7 comprimés pelliculés sécables
7 film-coated scored tablets

TAVANIC® 500 mg

R884530

500 ମା? ୧୫୫୫



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
USE THE DOSE AS PRESCRIBED
الرجاء التمسك بالجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I
Prescription only medicine - List I

دواء يُصرف بناءً على وصفة طبيّة - قائمة 1

[illegible]

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

Lot/Batch:	1P91C
Fab./Mfg.:	10/2021
EXP.:	09/2024

TAVANIC® 500 mg

7 comprimés pelliculés sécables
7 film-coated scored tablets

Abstract



53,80

IMPRIMEPEL

EXACYL[®] 500 mg

(ACIDE TRANEXAMIQUE)



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

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
QI-Sidi Bernoussi, Casablanca.

EXACYL[®] 500 mg
Acide tranexamique
20 comprimés



6 118000 061250

أكزاسيل[®]
(حامض طرانيكزاسيك)
20 قرصا بمعيار 500 ملغ

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

اقرأ النشرة بتمعن قبل الإستعمال.
يحفظ بعيدا عن مرمى ومتناول الأطفال.

40000459-01
90003934/10
11/20

20 comprimés à 500 mg

EXACYL[®]

(ACIDE TRANEXAMIQUE)

EXACYL[®]

(ACIDE TRANEXAMIQUE)

20 comprimés à 500 mg

Voie orale

عن طريق الفم

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

تركيبة للقرص الواحد: حمض طرانيكزاميك خمسمائة ملغ
سواغات الكافية للقرص ملبس الواحد.

AMM N° 01/05 DMP/21/NCF



Soyez prudent

Ne pas conduire
sans avoir lu la notice

47x20x104

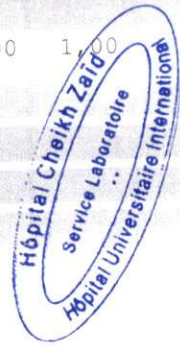
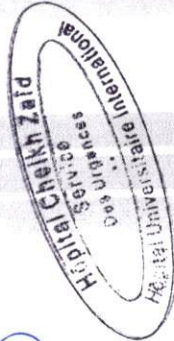
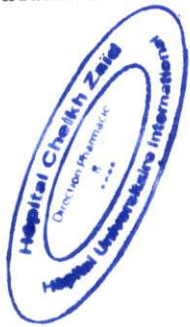
6.

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 MEDICALE			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	MODALITE DE PAIEMENT	: CLIENTS PAYANTS
IPP	: 1664443	DATE ENTREE	: 02/09/2023
N ° DOSSIER	: U230012425	DATE SORTIE	: 02/09/2023
NOM & PRENOM	: LAHRICHI RADIA	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



المملكة المغربية
مستشفى الشيخ زايد
مستشفى جامعي دولي

2 890 844

DI : 3 299 914

PP : 1 664 443 N° de dossier : 0230012425

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 02/09/2023

Docteur

M^{lle} LAHRICHI RADIA

- BACG
- CRP
- NFS

p.°
Dr HACHAZI
MARYAM



Rabat, le 02/09/2023

Docteur

M^{me} PABRICHE RADIA

- Ec. pelvienne



[Signature]
DR. EL BACHA EL AMINE
Service des Urgences
Hôpital Universitaire International
RABAT
DR. HAOUZIN
MERYAM



Rabat le 21.09.13

Echographie Gynécologique

Nom et prénom: Labriche Rada

DDR:

Indication: Aboucouche

Utérus :

Diamètres: utérus d'apparence adénomyomique

Echostructure:

Contours: aspect de pts verruqueux

Ligne cavitaire:

Commentaires: type 2-3. Le plus gros

des kystes 12cm

Endométrio-épithéliome (seu?)

Ovaires :

Droit :

Diamètres:

Commentaires:

RAJ

Gauche :

Diamètres:

Commentaires:

RAJ

CDS de Douglas: l'anneau d'opacités adénomyomique



IPP : 1 664 443
 Origine : Urgence
 Prélèvement du : 02/09/2023 22:52:15
 Numero 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)	
Hématocrite	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
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 :

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° 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)	