

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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 à caractère personnel.

N° W21-626103

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)		RAJ Handing	
Matricule : 12738		Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	EL Rhyayti Houda
Nom & Prénom :		Date de naissance :	
Adresse :			
Tél. : 0661805938		Total des frais engagés : 2494,60 Dhs	

Autorisation CNDP N° : F-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 10/05/2021	
Nom et prénom du malade : EL Rhyayti Houda Age:	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : CASA Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/01/2017	9		600.00	INP : 09124744

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>CEP</i>	<i>21/08/21</i>	<i>1098,45</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	06/09/2021 01/09/2021	78 B580	80,2,-10,0 H Rue Dr

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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.

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca , le 01/09/2021

Mme EL RHAYTI Houda

79,70 X 2
ZITHROMAX 500 MG

1 CP , pendant 6 jours

15,30 X 8
VIT C 1000 EFF

X2/J , pendant 10 jours

180,00 X 5
ZINASKIN 45 MG

X2/J , pendant 10 jours

80,90 X 5
VIT D3 BON

1 AMPOULE /MOIS , pendant 1 mois

138,10 X 5
LOVENOX 0.4

1 INJ/J , pendant 10 jours

71,00 X 5
OMEGEN 20 MG

1 GEL LE MATIN AJEUN

109,60 X 5

Sarofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Lovenox 4000Uantixa inj b2
P.P.V : 138,10 DH

Sarofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Lovenox 4000Uantixa inj b2
P.P.V : 138,10 DH

6 118001 080472

Sarofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Lovenox 4000Uantixa inj b2
P.P.V : 138,10 DH

6 118001 080472

Sarofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Lovenox 4000Uantixa inj b2
P.P.V : 138,10 DH

6 118001 080472



زيثرومакс

أزيثروميسين



500 mg / 3 أقراص

ZITHROMAX® 500 mg
3 comprimés



6 118000 250500

UT.AV.: 1 1 2 2 2

P.P.V.

79 70

INDICATIONS ET POSOLOGIE : se conformer à la prescription médicale.

CONDITIONS D'EMPLOI : se reporter à la notice.

VOIE ORALE

3

500 mg



ZITHROMAX®



azithromycine

ZITHROMAX®

azithromycine



500 mg

3 comprimés

FORMULE : Azithromycine (sous forme de dihydrate)..... 500 mg
Excipient q.s.p..... 1 comprimé

Fabriqué par Laboratoires Pfizer S.A. MAROC
avec l'autorisation de Pfizer Inc., New York, U.S.A.
© Marque déposée de Pfizer Inc.

N° ADSP : 751/DMP/21

REMARQUE
LES DOSES PREScrites



OMEGEN®

20 mg

Oméprazole

LOT OM020152
PER 08/23 PPV 71 DH

28

MOLY
AS

gélules

microgranules gastrorésistants

GENPHARMA

N° de lot / à consommer de préférence avant fin :

Partij Nr / Hooftaar tot :

Lote n° / Consumir preferentemente antes de:

LOT : 15427
DUO : 12/2023

10/2020
modifie le
1J emb : 421

N°CE DA 2020005130WPZ0UCAV1

3 700790 02226



Importé et Distribué par les laboratoires TRADIPHAR MAROC
L'atelier Shahn - Magasin N° 24 au N° 6 - Californie Ain Chock
36020 CHATEAUX FENIOUX Cedex FRANCE
www.tradipharm.ma

Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament

FR Ingrédients : Agent de charge : cellulose microcristalline, acidifiant : phosphate tri-calcique anhydre, bisglycinate de zinc, antiagglomérant : stéarate de magnésium.

NL Ingrediënten: Vulstoff: cellosolve microkristalline cellulose, voedingszuur: waterstof tricalciumfotfaat, zincbisglycinaat, antiklontermiddel: magnesium-stearaat.

ES Ingredientes: Agente de carga: celulosa microcristalina, acidificante: fosfato tricalcico anhidro, bisglicinato de zinc, antiaglomerante: estearato de magnesio.

zinc
complément alimentaire
voedings supplement
complemento alimenticio

CONSEILS D'UTILISATION : Gebuiksaanwijzing Consejos de utilización

I comprimé par jour en dehors des repas avec un grand verre d'eau / 1 tablet per dag buiten de maaltijden met een groot glas water / 1 tablet al dia fuera de las comidas con un gran vaso de agua.

INFORMATION NUTRITIONNELLE MOYENNE PAR RATION JOURNALIÈRE : Gemiddelde voedingsovername per dagsgewisse portie:

Pour 1 comprimé pour 1 tablet per 1 comprimido

	Zinc	15 mg (100% VNR*)
	Zink	15 mg (100% VNR*)
	Zinc	15 mg (100% VRN*)

(* Valeurs nutritionnelles de référence/Voedingswaardenreferentie/

www.laboratoires-fenoux.com
36020 CHATEAUX FENIOUX Cedex FRANCE
Tél. : +33 (0)2 54 27 76 94 - Email : info@fenoux.fr

9 av. Pauline de Coubertin

9 av.

COMPOSITION :

Azithromycine 500 mg

Excipients q.s.p 1 comprimé

AMM N° 45 DMP/21/NRQ

11

٥٠٠
٣٣٣
٩٩٩

®
AZIX

**POSOLOGIE ET MODE
D'ADMINISTRATION :**

Adulte : lire attentivement la notice.
NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS.

19/63
®
AZIX
Azithromycine
500 mg

Voie orale

97X45X18



PPV 790H/0
PER 08/24
LOT R2150



12/20
100008

AZIX®
Azithromycine
500 mg

3 Comprimés
sécables

bottu s.a.

R. Allée des Courtaises - Albi - Sola - Cruesnaise
S. Bichot - Pharmacien Responsable

1000

١٥

Vita C1000®

PPV 15DH30
EXP 07/2024
LOT 16080 29

Acide ascorbique (Vitamine C).....	19
Excipients q.s.p.....	1 comprimé effervescent
EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE:	
Sodium - Saccharose - Jaune orange S	
Voir notice pour plus d'informations	
Cette boîte contient 10 g d'acide ascorbique.	

Vita C 1000[®]

(VITAMINE C)

10 Comprimés effervescent

(VITAMINE C)

Laprophan

Vita C 1000

6
118000-032069

POSOGENE - INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS
MODE D'EMPLOI : Voir notice.
Tube à conserver bien fermé à l'abri de la chaleur et de l'humidité.
مكبس مطاطي يحفظ في مكان دافئ وجاف.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants. **حفظ بعيداً عن متناول و مرأى الأطفال.**

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

AMM N° 03 DMP/21

1000

مہین یہ
۱۰

Vita C 1000®

PPV 15DH30
EXP 07/2024
LOT 16080 29

Acide ascorbique (Vitamine C).....	19
Excipients q.s.p.....	1 comprimé effervescent
EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE:	
Sodium - Saccharose - Jaune orange S	
Voir notice pour plus d'informations	
Cette boîte contient 10 g d'acide ascorbique.	

Vita C 1000

(VITAMINE C)

Laprophan

Vita C 1000

6 118000 032069

1000 વિભાગ

Dr Hind JANAH

Pneumo-phtisiologue-Allergologue
pour Adultes et Enfants

Maladies respiratoires _ Asthme et allergies

Tuberculose _ Pathologie du sommeil _ Tests cutanés

Explorations Fonctionnelles Respiratoires



Membre de la European Respiratory Society
Membre de la société Marocaine des Maladies Respiratoires
Membre de l'assication Marocaine de Formation Continue en Allergologie

الدكتورة هند جناح

أخصائية أمراض الجهاز التنفسي و الحساسية
للكبار و الصغار

أمراض الجهاز التنفسي "الرئو" الحساسية
أمراض السل "الأمراض المتعلقة بالرئو" إكتبات الحساسية

الكشف الوظيفي التنفسي

عضو في الجمعية الأوروبية لأمراض الرئة
عضو في الجمعية المغربية لامراض التنفسية
عضو في الجمعية المغربية لأمراض الرئوي

01/09/2021
Casablanca , le

Mme EL RHAYTI Houda

RADIO DU THORAX DANS 5J



مركز الفحص الطبي بالأشعة الروdanی CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI

Dr. Houriya AMRANI MIKOU

Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH

Dr. Wafaa MSEFER FAROUQI

Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI

Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -

Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie

Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie

I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spiralé - Dentascanner

Casablanca, le 06/09/2021

FACTURE N° : FA:00 8611/21

Nom : EL RHAYTI RAIS HOUDA

Arrêtée la présente facture à la somme de : 200,00 Dhs

DEUX CENTS DHS

Pour le(s) examen(s) suivant(e) :

PULMONAIRE FACE

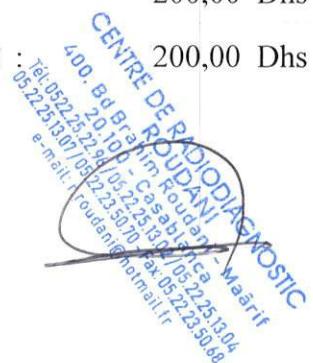
200,00 Dhs

Total de : 200,00 Dhs

Mode de règlement TPE

ATTIJARI WAFABANK /007780000357900000015342

INPE : 090000324



CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI, S.A.R.L. au capital de 2.300.000,00 DH

400, Bd Brahim Roudani 1^{er} étage - Maârif, 20100 Casablanca - E-mail : roudani.crr@gmail.com / www.crr.ma

Tél.: 0522 23 50 70 / 06 60 73 95 97 / 0522 25 22 96 / 0522 25 13 02 / 0522 25 13 04 / 0522 25 13 07 - Fax : 0522 23 50 68

RC : 15128 - CNSS : 2097443 - TP : 35700736 - IF : 01000601 - ICE : 001719187000040

Dr Hind JANAH

Pneumo-phtisiologue-Allergologue
pour Adultes et Enfants

Maladies respiratoires _ Asthme et allergies
Tuberculose _ Pathologie du sommeil _ Tests cutanés
Explorations Fonctionnelles Respiratoires



Membre de la European Respiratory Society
Membre de la société Marocaine des Maladies Respiratoires
Membre de l'assication Marocaine de Formation Continue en Allergologie

الدكتورة هند جناح

أخصائية أمراض الجهاز التنفسية والحساسية
للكبار والصغار
أمراض الجهاز التنفسي - الربو والحساسية
أمراض السل - أمراض المتعلقة بالبئم - اختبارات الحساسية
الكشف والطيفي التنفسي

عضو في الجمعية المغربية لأمراض الرئة
عضو في الجمعية المغربية لامراض التنفسية
عضو في الجمعية المغربية لأمراض كال

Casablanca , le 01/09/2021

Mme EL RHAYTI Houda

NFS

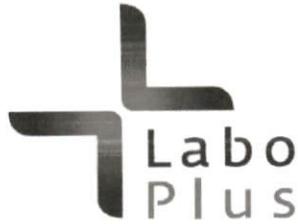
CRP

BILAN D HEMOSTASE- FIBRINOGENE

D -DIMERES



INPE : 091235101
Tel : 05 22 21 45 46
Dr. Hind JANAH
Pneumo-Allergologue
404 Rés Safaa, 3ème étage, Appt N° 15, Bd Al Qods, Ain Chok Casablanca



Laboratoire de biologie médicale

مختبر التحاليل الطبية

Dr Zizi

دكتور الزيزي

Médecin Biologiste

طبيب

Ancien interne des hôpitaux de Paris

إختصاصي في
التحاليل الطبية

Casablanca le 06-09-2021

Mme EL RHAYTI Houda

FACTURE N° B210900963

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Traitemet échantillon sanguin	E25	E
0216	Numération formule	B80	B
0233	Fibrinogène	B40	B
0236	Taux de prothrombine	B40	B
0239	Temps de céphaline: TCK	B40	B
0370	CRP	B100	B
	D-Dimères	B280	B

Total des B : 580

TOTAL DOSSIER : 802.20 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
huit cent deux dirhams vingt centimes



Dr. Houriya AMRANI MIKOU

Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH

Dr. Wafae MSEFER FAROUKI

Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI

Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -

Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie

Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie

I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spiralé - Dentascanner

Casablanca, Le 06/09/2021

Patient
Médecin traitant
Examen(s) réalisé(s)

EL RHAYTI RAIS HOUDA
DR. HIND JANAH
PULMONAIRE FACE

COMPTE RENDU

Absence d'anomalie parenchymateuse visible.

Absence d'épanchement pleural.

La silhouette cardio-médiastinale est de morphologie normale.

Conclusion :

Image thoracique normale.

En vous remerciant de votre confiance

Dr. A. ADIL

"Dans le contexte épidémique COVID 19, nous vous informons du respect des recommandations sanitaires relatives aux mesures barrières et au bio-nettoyage des machines et des locaux au sein du CRR."

Mme EL RHAYTI Houda

Prescripteur : Dr janah hind

Casablanca le : 06-09-2021

Du : 06-09-2021

Référence : B210900963

Dr Zizi

Médecin Biologiste

Ancien interne des hôpitaux de Paris

	Normes	Antériorités
HEMATOLOGIE		

HEMOGRAMME

Numération Globulaire

Hématies	4.9	M/mm ³	(4.0–5.3)
Hémoglobine	10.8	g/dL	(12.5–15.5)
Hématocrite	35	%	(37–46)
VGM	71	μ ³	(80–95)
TCMH	22	pg	(28–32)
CCMH	31	g/100mL	(30–35)

Formule leucocytaire

Leucocytes	4 530	/mm ³	(4 000–10 000)
Neutrophiles	41 %	soit	1 857 /mm ³ (1 500–7 500)
Eosinophiles	4 %	soit	181 /mm ³ (<400)
Basophiles	0 %	soit	0 /mm ³ (<100)
Lymphocytes	46 %	soit	2 084 /mm ³ (1 500–4 000)
Monocytes	9 %	soit	408 /mm ³ (200–1 000)

Numération plaquettaire

Plaquettes	190 000	/mm ³	(150 000–400 000)
Volume Plaquettaire Moyen		fl	

HEMOSTASE

Taux de Prothrombine (TP)

Taux de prothrombine	89.3 %	(70.0–100.0)
INR	1.03	



Mme EL RHAYTI Houda

Prescripteur : Dr janah hind

Casablanca le : 06-09-2021 Du : 06-09-2021

Référence : B210900963

Normes

Antériorités

Temps de Céphaline Kaolin (TCK)

Temps Témoin	25.0	s
Temps Patient	25.4	s
Rapport	1.02	(0.80-1.20)

Fibrinogène	3.12	g/L	(2.00-4.00)
-------------	------	-----	-------------

D-Dimères (Biomérieux Vidas ELFA)	275.9	ng/mL	(<500.0)
--------------------------------------	-------	-------	----------

BIOCHIMIE SANGUINE

Protéine C réactive (CRP)	3.8	mg/L	(<6.0)
---------------------------	-----	------	--------

