

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.

Biologie 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.

Educations :

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.

Prothèse 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

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 **ND: 41537**
N° P19-0031190
Informé
6/24/19 Facture de 6000dt surprise
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1324 Société : CH
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : JANATI LATIFA
Date de naissance : 23/12/1951
Adresse : 9, RUE ORISS ALAKBAR 2ème ETAGE APT 6
TOUR HASSAN RABAT
Tél. : 06 61 133 636 Total des frais engagés : 3144,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 1/8/2020
Nom et prénom du malade : JANATI LATIFA Age : 69
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : prépondérante
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 : Rabat Le : 1/8/2020
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-031190

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 : 1324
Nom de l'adhérent(e) : JANATI LATIFA
Total des frais engagés : 3144,60
Date de dépôt :

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
01/08/20	01	65	300,00	<p>DR. AHMED Médecin Anesthésiste POLYCLINIQUE DE RABAT 8, Rue de Tunis Quartier Hassan Rabat - Tél: 05 37 20 61 61 INP : 101 015 634</p>
01/08/20	Polyclinique		300,00	

DR. ATTIA
Médecin Anesthésiste
POLYCLINIQUE DE RAFA
8, Rue de Tunis Quartier Hassan
Rabat - Tél: 05 37 20 61 61
INP: 101 015 634

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Place de l'Unité Africaine - Rabat Tél.: 05 37 72 02 50 Pharmacie Sawmaat Hassan TOUBOUZIRI	01/8/20	139,60 صيدلية صومعة حسان Pharmacie Sawmaat Hassan TOUBOUZIRI Place de l'Unité Africaine - Rabat Tél.: 05 37 72 02 50

139.60 Montant de la Facture

صيدلية صومعة حسان
Pharmacie ~~Saïmaat~~ Hassan
Taleb BOUZIRI
Place de l'Unité Africaine - Rabat
Tél : 05 37 72 02 50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	03/10/2006	B.M.D	2405000

Montant
des Honoraires

2405,00M

[illegible]

Montant détaillé des Honoraires

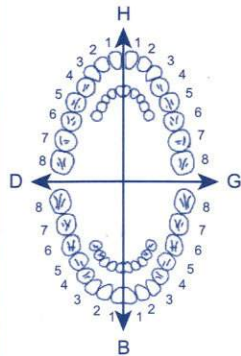
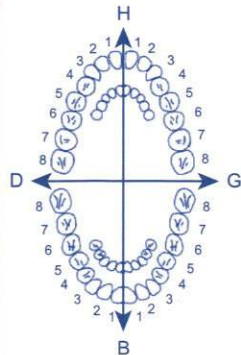
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>														
	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
					DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>													
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D ————— G</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



مصحة صومعة حسان
CLINIQUE DE LA TOUR HASSAN



le 01.08.20

Ame JANATI Lotifa

79,70
Zythouad

1 yllj 13

10,50

Parental 100

1 yllj 13

Pharmacie Sawmaat Hassan
Tareb BOUZIRI
Place de l'Unité Africaine - Rabat
Tél.: 05 37 72 02 50

49,40

Felicia Ampting

1 yllj

139,60

Dr. ATTAY Youssef
Médecin Rhéumatisiste
POLYCLINIQUE EL AZHAR
6, Rue de Tunis Quartier Hassan
Rabat - Tél.: 05 37 20 61 81
Fax: 05 37 015 634

S.C.P. au capital de 12.400.000 DH شركة مدنية مهنية رأسمالها

RUE IDRIS AL AZHAR - RABAT الرباط

Tél.: 05 37 72 22 32/33 / 05 37 70 78 37 / 05 37 72 91 62 : الهاتف - Fax : 05 37 70 88 97 : الفاكس

I.F. : 03301254 - CNSS : 1702697 - PATENTE : 25122790 - ICE : 001646061000007

RIB B.M.C.I. 013 810 01070 00000 7001 31 94 - RIB S.G.M.B. 022 810 000 050 00 061950 74 23

ZITHROMAX[®]
azithromycine 500 mg

3 Comprimés sécables

Pfizer

V02

Pfizer

ZITHROMAX[®]
azithromycine 500 mg



**3 Comprimés
sécables**

Composition : Un comprimé contient du Dihydrate d'azithromycine équivalent à 500 mg d'azithromycine.

Excipient à effet notoire : Lactose

Conditions d'emploi : se reporter à la notice - Voie orale.

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

P10000155

ZITHROMAX®
azithromycine 500 mg



8

ZITHROMAX 500 MG
Boîte de 03 comprimés

Lot :1281533

Date Fab: 10 / 2019 Date Exp:09 / 2021

PPV : 79,70 DH

Respecter les doses prescrites

liste 1 uniquement sur ordonnance

Fabriqué par Pfizer Tunisie : Fondouk Choucha 2013 Ben Arous - Tunisie
Titulaire de l'AMM : Pfizer Tunisie - Immeuble Royal Garden,
Avenue Ettiel, Cité les Pins. Les Berges du Lac 2 Tunis - 1053 - Tunisie
avec l'autorisation de Pfizer Inc. - New York -USA
  Marque déposée de Pfizer Inc. Sous licence de Pliva

ZITHROMAX®
azithromycine

500 mg

Laboratoires
pfizer S.A.

Laboratoires Pfizer S.A. Maroc

Km 0,5 Route de Ouadja, 24000 El Jadida



3 Comprimés sécables

IME
09 - 2019

للإسراع والأطفال ابتداءً من 27 كغم
10 أقراص فـ



500 ملغ
الألم والحمى

POSOLOGIE : 1 à 2 comprimés dans un demi verre d'eau 3 fois par 24 heures

Cette boîte contient 5 grammes de Paracétamol

FORMULE :

Paracétamol 500 mg
Excipient q.s.p 1 comprimé effervescent

المقادير : قرص إلى قرصين في نصف كوب ماء ثلاث مرات خلال 24 ساعة
هذه المادة تحتوي على 5 غرامات من الباراسيتامول



PARANTAL®

PPC 10DH50
EXP 09/2022
LOT 97050 1

بارانتال
500 ملغ
10 أقراص فـ

ADULTES ET ENFANTS A PARTIR DE 27 kg
10 COMPRIMES EFFERVESCENTS
PARANTAL®
PARACETAMOL 500 mg

DOULEURS & FIEVRE

Tube à conserver bien fermé, à l'abri de la chaleur et de l'humidité
NE PAS LASSER A LA PORTEE DES ENFANTS
KEEP OUT OF CHILDREN'S REACH



البارانتال
LAPTOPHAN
AMM N°744 DMP/21

مختبر المستحضرات الصيدلانية لـ
21، زينة الأودية، الدار البيضاء - المغرب
LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'AVANCEE DU NOUVEAU
21, RUE DES OUDAYA - CASABLANCA - MAROC

PARANTAL®
500 mg
10 COMPRIMES EFFERVESCENTS
6 118000 031840





مصلحة صومعة حسان
CLINIQUE DE LA TOUR HASSAN



01.08.20

JANATI Lilife

L.A.M. Riad

Tél : 05 37 71 06 06

05 37 57 23 23-05 37 71 50 60

Pat : 25995358 - IF : 3349086

- 1° 20 µg T₃ - T₄ - TSH
- 2° Calcémie - phosphore
- 3° Calcémie 8 et 16 h
- 4° CRP.
- 5° Ferritine.
- 6° NFS + procalcitonine
- 7° Glycémie à jeun

S.C.P. au capital de 12.400.000 DH شركة مدنية مهنية رأسمالها

RUE IDRIS AL AZHAR - RABAT الرباط - الأزهر - أدريس

Tél. : 05 37 72 22 32/33 / 05 37 70 78 37 / 05 37 72 91 62 : الهاتف - Fax : 05 37 70 88 97 : الفاكس

I.F. : 03301254 - CNSS : 1702697 - PATENTE : 25122790 - ICE : 001646061000007

RIB B.M.C.I. 013 810 01070 00000 7001 31 94 - RIB S.G.M.B. 022 810 000 050 00 061950 74 23



L.A.M. RIAD

13, Angle Avenue Almelia et rue Meziata - Hay Riad
(City Center - ACIMA) - RABAT

Tél : 05 37 71 05 06 / 05 37 57 23 23 - Fax : 05 37 71 50 60

Site-Web : www.laboriad.ma - E-mail : laboratoireriad@gmail.com

FACTURE N° : 200800042

Rabat le 03-08-2020

Mme Latifa JANATI

Date de l'examen : 03-08-2020

Analyses :

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sanguin	E20	E
0118	Glycémie	B30	B
0129	Phosphore minéral	B40	B
0153	Cortisol	B250	B
0153	Cortisol	B250	B
0154	Ferritine	B250	B
0161	T4 libre	B200	B
0163	TSH	B250	B
0165	T3L	B300	B
0216	Numération formule	B80	B
0370	CRP	B100	B
	Calcium	B30	B

Total des B : 1780

TOTAL DOSSIER : 2405.00 DH

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

L.A.M. Riad
Tél : 05 37 71 05 06
05 37 57 23 23 - Fax : 05 37 71 50 60
Pat : 25995358 - IF : 3349086



Patente N°: 25995358 - CNSS: 9114357 - IF: 3349086 RIB: 013 810 01214 000040 001 27 94 BMCI RYAD NAKHIL -
ICE: 001685262000044 - INPE: 103060877

Edité le 03-08-2020 à 17:17

Prescripteur : **Dr Youssef ATTAR**

EXAMEN du 03-08-2020

Mme JANATI Latifa

Code Patient :2008032030

Né(e) le : 23-12-1951



Prélevé le : 03-08-2020

HEMATOLOGIE

(Fluorescence en Cytométrie de Flux sur SYSMEX-XN 1000)

ETUDE DE LA LIGNEE ERYTHROCYTAIRE

Hématies :	4.230	M/mm ³	(3.800-5.400)
Hémoglobine :	13.4	g/dL	(12.5-15.5)
Hématocrite :	39.5	%	(37.0-47.0)
VGM :	93.4	μ ³	(82.0-98.0)
CCMH :	33.9	%	(32.0-36.0)
TCMH :	31.7	pg	(>27.0)
RDW :	12.7	%	(12.0-16.0)

ETUDE DE LA LIGNEE LEUCOCYTAIRE

Leucocytes :	9.190	/mm ³	(4.000-10.000)
Poly. Neutrophiles :	58.8	% soit 5 404	/mm ³ (1 800-7 500)
Poly. Eosinophiles :	1.5	% soit 138	/mm ³ (100-400)
Poly. Basophiles :	0.3	% soit 28	/mm ³ (<200)
Lymphocytes :	34.5	% soit 3 171	/mm ³ (1 000-4 500)
Monocytes :	4.9	% soit 450	/mm ³ (200-1 000)
Plaquettes	248	Mille/mm ³	(150-400)
VMP	9.5	fl	(6.9-10.8)

- Analyses Médicales
- Biologie Spécialisée
- Procréation Médicalement Assistée.
- Cytogénétique Moléculaire.

2008032030 – Mme Latifa JANATI

Page 2 / 3

BIOCHIMIE SANGUINE

GLYCEMIE A JEUN

(Méthode Hékokinase-G6PDH Beckman Coulter)

0.98 g/L

(0.74–1.06)

5.44 mmol/L

(4.11–5.88)

Consensus:

Taux Normal: 0.60 à 1.0 g/L

Diminution de la tolérance au glucose: 1.00 à 1.26 g/L

DIABETE: > 1.26 g/L

(observé sur 2 prélèvements distincts)

CALCIUM

(Méthode o-CPC Beckman Coulter)

91.8 mg/L

(88.0–106.0)

2.29 mmol/L

(2.19–2.64)

PHOSPHORE

(Méthode Molybdate, UV Beckman Coulter)

31.7 mg/L

(25.0–45.0)

1.02 mmol/L

(0.81–1.45)

FERRITINE

(Chimiluminescence Beckman Coulter)

18 ng/mL

(11–306)

HORMONOLOGIE

TSH.us

(Chimiluminescence Beckman Coulter)

5.034 μ UI/mL

(0.340–5.600)

Remarque:

Chez le Nouveau-né, on observe une augmentation physiologique de la TSH (TSH Normes N-Né < 20 μ UI/mL)

Valeurs de référence Femme Enceinte

1er Trimestre: 0.030 à 2.300 μ UI/mL

2ème Trimestre: 0.030 à 3.100 μ UI/mL

3ème Trimestre: 0.130 à 3.500 μ UI/mL

F.T.3 – Triiodothyronine Libre

(Chimiluminescence Beckman Coulter)

3.48 pg/mL

(2.50–3.90)

F.T.4 – Thyroxine Libre

(Chimiluminescence Beckman Coulter)

10.8 pmol/L

(7.8–14.3)

139.0 ng/dL

(100.4–184.0)

- Analyses Médicales
- Biologie Spécialisée
- Procréation Médicalement Assistée.
- Cytogénétique Moléculaire.

2008032030 – Mme Latifa JANATI

Page 3 / 3

CORTISOL 14.68 µg/dL (6.70–22.60)
(Chimiluminescence Beckman Coulter)
Heure de prélèvement : 08:15
sous corticoïdes O/N Non Communiqué

CORTISOL 11.47 µg/dL (1.10–19.90)
(Chimiluminescence Beckman Coulter)
Heure de prélèvement : 16:00

PROTEINES SPECIFIQUES

C.R.P US <1.00 mg/L (<5.00)
(Immunoturbidimétrie Beckman Coulter)

Remarques:

La Procalcitonine (PCT) est disponible, elle permet:

- 1– Diagnostic précoce de l'infection bactérienne systémique, du sepsis et de la défaillance multi-viscérale.
- 2– Indication de la sévérité et du pronostic de l'infection.
- 3– Diagnostic différentiel entre infection bactérienne et infection virale.
- 4– Diagnostic différentiel entre infection systémique et maladie inflammatoire aiguë.
- 5– Surveillance de la survenue d'infection chez les patients à haut risque (transplantés, immunosuppression,...).

Demande validée biologiquement par Dr. Jalil EL ATTAR

[Signature]
Dr. Jalil EL ATTAR
Médecin Biologiste
Tél : 05 37 71 05 06
Fax : 05 37 71 50 60

CLINIQUE TOUR HASSAN

SCP AU CAPITAL DE DH 12.400.000
MEDICO - CHIRURGICALE -
RUE IDRIS AL AZHAR-
Tel 05 37 72 22 32 - 33 / FAX 05 37 70 88 97

FACTURE

N° : 3056 / du 01/08/2020

Numéro dossier : CS/30/20

Etablie par : WIDAD

Médecin traitant : DR. ATTAR YOUSSEF

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation	
Mme JANATI LATIFA	Payant	01/08/20	01/08/20

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
SALLE DE SOINS		1,00	200,00	200,00
			Sous/Total	200,00
PHARMACIE		1,00	100,00	100,00
			Sous/Total	100,00
Total clinique				300,00
DR. ATTAR YOUSSEF (arek)	Kc	1,00	300,00	300,00
			Sous/Total	300,00
Total autres prestations				300,00

Arrêtée à la somme de :
SIX CENTS DIRHAMS

TOTAL GENERAL 600,00

AWB No 305
01/08/2020
AWB

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : JANATI LATIFA

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
ATROVENT A 0,5 M INJECTA (10)(1)	1,00	6,88	6,88
METHYLPREDNISOLO 40mg INJECTA (20)(1)	2,00	14,00	28,00
Sous-Total pharmacie			34,88
INTRANULE G22 BLEU (001)	1,00	10,00	10,00
MASQUE NEBULISEUR AD (001)	1,00	35,00	35,00
PERFUSEUR AVEC ROBINET (001)	1,00	15,00	15,00
SERINGUES 5 CC	1,00	5,12	5,12
Sous-Total parapharmacie			65,12
Total pharmacie			100,00

1-2020 7:38 PM
72 bpm

CE 0197

For Use On FUKUDA DENSHI OP-222TE

CE 0197 SONOMED
Aug 1-2020 7:38

Latifa Janati
chambre Mo

ID:
Name:
Sex: Male Birth Date: Yea
cm kg mmHg
Medication:

Vent rate 72 bpm
PR int 176 ms
QRS dur 76 ms
QT/QTc int 378/ 402 ms
P/QRS/T axis -30/ 40/ 49 °
RV5/SV1 amp 1.040/ 0.745 mV
RV5+SV1 amp 1.785 mV

1100 Sinus rhythm
0102 ARTIFACT PRESENT
9110 ** normal ECG **

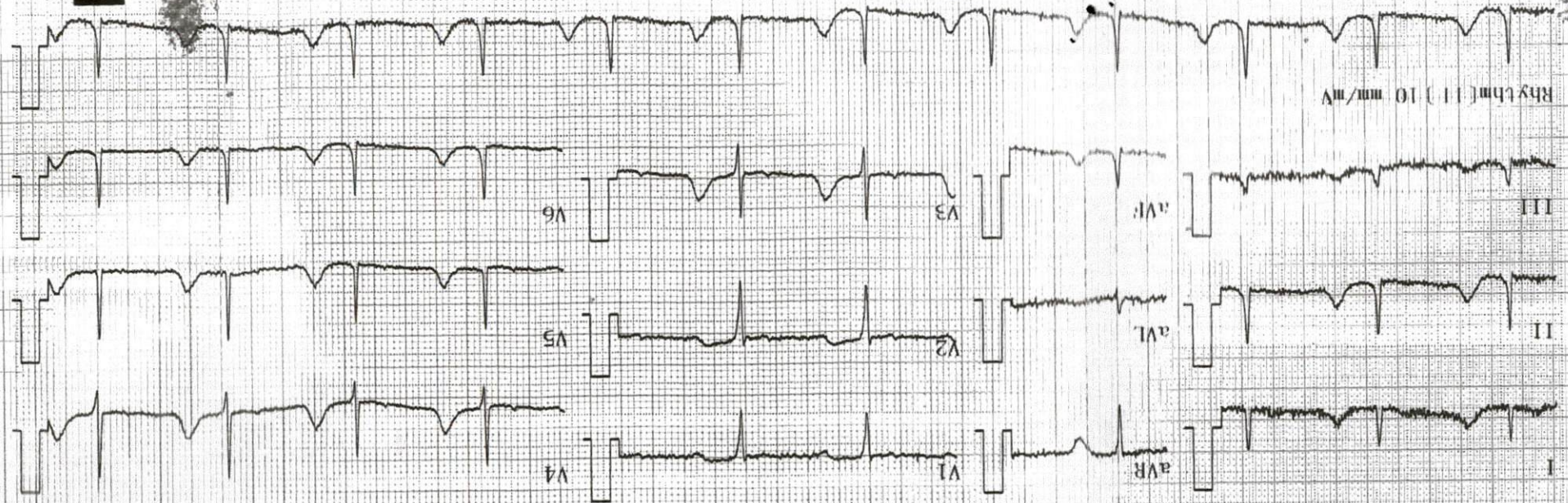
Unconfirmed Report
Reviewed by:

Exam:

1750K 05-05 03-05 Dept.:

Exam:

Rhythm (11) 10 mm/mV



ID: Male

Birth Date:

Years

Medication:

mmHg

kg

Aug 1 2020 7:38 PM

72 bpm

SONOMED

0197 Name: SONOMED

For Use On FUKUDA DENSHI OP-222TE

CE 0197