

# 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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6332

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

دكتور سعيد الخروج  
طبب. معلم، خبير لدى المعاشر  
طبب. 60، طبيب معلم في المعاشر  
مستشفى الحسين - الدارالبيضاء  
فقيه الحسين 11، 9071655.

29 MAI 2023

DAISY FAKIR

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVE 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 29 Mai 2023     | C                 |                       | 20000                           | دكتور سعيد حمودي<br>طبيب معاشر حمودي النبا<br>60 طربة الحسيني<br>مستشفى الحسيني<br>مجمع الحسيني<br>22 |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur  | Date    | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
| PHARMACIE POLYCLINIQUE<br>Dr. FIR Abdeljalil<br>58, Route Mly Tammim<br>Tél: 0522 90 20 20 | 29.5.27 | 3403.70               |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue  | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
| <i>Dr. M. BEN BRAHIM<br/>Radiologue<br/>Bd. Ibn Sina Hay Hassania<br/>6987/05 2293 3221<br/>69 69 88</i> | 30/05/23 | B200                         | 250,00                 |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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

| SOINS DENTAIRES                  | Dents Traitées | Nature des Soins   | Coefficient |                         |
|----------------------------------|----------------|--|-------------|-------------------------|
|                                  |                |  |             | Coefficient des travaux |
|                                  |                |  |             | Montants des soins      |
|                                  |                |  |             | Début d'exécution       |
|                                  |                |  |             | Fin d'exécution         |
| <b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> |                | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>   |             |                         |
|                                  |                | $  \begin{array}{r l}  H & 25533412 \quad 21433552 \\  \hline  D & 00000000 \quad 00000000 \\  & \hline  & 00000000 \quad 00000000 \\  & 35533411 \quad 11433553  \end{array}  $ | <b>G</b>    | Coefficient des travaux |
|                                  |                | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |             |                         |
|                                  |                |  |             | Montants des soins      |
|                                  |                |  |             | Date du devis           |
|                                  |                |  |             | Date de l'exécution     |



Dr. Samira BENBRAHIM  
 Pharmacien Biologiste  
 Diplôme Université Paris Descartes  
 DU Assurance de la qualité en biologie médicale  
 DU Auditeur qualité en biologie médicale

مختبر  
 التحاليل الطبية  
 الحي الحسني

Casablanca, le : 30/05/2023

Dossier N° : 300523-045



\*\*\*

**Nom : Mme DRAIJA Fatima**

**Code Patient : 13-01006**   **Prélèvement du: 30/05/2023 10:13:**

**Demandé par Dr : GZOULI SAID**

## Compte rendu d'analyses

Page : 1/1

### ANALYSES D'HEMATOLOGIE

**Valeurs Usuelles**

#### HEMOGRAMME : NFS + PLQ

(Technique : Sysmex XS1000)

|                 |   |              |                     |                  |
|-----------------|---|--------------|---------------------|------------------|
| Globules rouges | : | 4,44         | 10 <sup>6</sup> /ul | ( 4 - 5,3 )      |
| Hémoglobine     | : | <b>11,90</b> | g/dl                | ( 12,5 - 15,5 )  |
| Hématocrite     | : | 37,50        | %                   | ( 37 - 46 )      |
| VGM             | : | 84,46        | fL                  | ( 80 - 95 )      |
| TCMH            | : | <b>26,80</b> | pg                  | ( 28 - 32 )      |
| CCMH            | : | 31,73        | g/dl                | ( 30 - 35 )      |
| Plaquettes      | : | 307          | 10 <sup>3</sup> /μL | ( 160 - 350 )    |
| Globules blancs | : | 4 450        | /uL                 | ( 4000 - 10000 ) |

#### Formule sanguine

|              |   |             |   |                                |                     |
|--------------|---|-------------|---|--------------------------------|---------------------|
| Neutrophiles | : | 52,9        | % | 2354,05 /mm <sup>3</sup>       | ( 2000 - 7500 )     |
| Eosinophiles | : | 3,8         | % | 169,10 /mm <sup>3</sup>        | ( 100 - 400 )       |
| Basophiles   | : | 0,9         | % | 40,05 /mm <sup>3</sup>         | ( Inférieur à 100 ) |
| Lymphocytes  | : | <b>31,2</b> | % | <b>1388,40 /mm<sup>3</sup></b> | ( 1500 - 4000 )     |
| Monocytes    | : | 11,2        | % | 498,40 /mm <sup>3</sup>        | ( 200 - 800 )       |

### ANALYSES DE BIOCHIMIE (SANG)

**Valeurs Usuelles**

|                 |   |        |        |                     |
|-----------------|---|--------|--------|---------------------|
| GLYCEMIE A JEUN | : | 0,85   | g/l    | ( 0,7 - 0,99 )      |
|                 |   | 4,72   | mmol/l | ( 3,89 - 5,83 )     |
| UREE            | : | 0,28   | g/l    | ( Inférieur à 0,5 ) |
|                 |   | 4,67   | mmol/l | ( 1,67 - 8,34 )     |
| CREATININE      | : | 6,9    | mg/l   | ( 5 - 9 )           |
|                 |   | 61,07  | μmol/l | ( 44,25 - 79,65 )   |
| ACIDE URIQUE    | : | 41,28  | mg/l   | ( 25 - 68 )         |
|                 |   | 245,62 | μmol/l | ( 148,75 - 404,6 )  |

Immeuble B28, RDC N° 1, Boulevard Ibn Sina, Hay Hassani - Casablanca ( à coté dar El Hamra )  
 Tél. : 05 22 89 69 87 / 05 22 93 32 21 - Fax : 05 22 89 69 88

R.C. 272 254 - T.P. 35001675 - I.S. 51400810 - TVA:751107 - CNSS:6067195 - ICE:0004 99965 000047 - INPE:093 001 261

LABORATOIRE HAY HASSANI  
 Dr. Samira BENBRAHIM  
 Biologiste  
 RDC Immeuble B28 Bd. Ibn Sina 32293 3221  
 Tel. 05 22 89 69 87 Fax: 05 22 89 69 88

# LABORATOIRE HAY HASSANI

D'analyses Médicales et Biologiques

Immeuble B28, RDC N° 1, Bd. Ibn Sina - Hay Hassani - Casablanca

## Facture

Facture N°: 2023-003483

Date 30/05/2023

Patient Mme DRAIJA Fatima

Date Prélèvement : 30/05/2023

| Analyses                   | Valeur en B | Montant |
|----------------------------|-------------|---------|
| HEMOGRAMME : NFS + PLQ     | 80          | 96,00   |
| GLYCEMIE A JEUN            | 30          | 36,00   |
| UREE                       | 30          | 36,00   |
| CREATININE                 | 30          | 36,00   |
| ACIDE URIQUE               | 30          | 36,00   |
| <b>Total B</b>             | 200         | 240,00  |
| <b>APB</b>                 | 1,0         | 10,00   |
| <b>Majoration de garde</b> |             |         |
| <b>Total</b>               |             | 250,00  |

Note d'honoraire: Deux cent cinquante dirhams\*\*\*

Dr Samira BENBRAHIM  
Biologiste  
RDC Imm. B28 Bd Ibn Sina Hay Hassani  
Tél: 05 22 89 69 87 / 05 22 93 32 21  
Fax: 05 22 89 69 88

# Clartec®

## Loratadine

### Formes et présentations :

Comprimés : - Boîte de 30

- Boîte de 15

- Boîte de 10

Sirops : - Boîte de 1 Flacon de 60 ml

- Boîte de 1 Flacon de 100 ml

### Composition :

#### Comprimé :

Loratadine (DCI) .....

Excipients q.s.p .....

#### Sirop :

Loratadine (DCI) .....

Excipients q.s.p .....

### Propriétés :

- Loratadine est un Antihistaminic d'action rapide et prolongée, par voie orale, dénué d'effets secondaires thérapeutiques.

### Indications :

- Traitement symptomatique de la rhinite saisonnière pollinique (Rhume des foins), de la rhinite apériodique, de certaines dermatoses allergiques (urticaire,....).

- Traitement symptomatique des urticaires aigües de l'enfant.

### Contre-Indications :

L'hypersensibilité à ce médicament

Enfants de moins de 2 ans

### Effets indésirables :

Bouche sèche, fatigue, somnolence et céphalées sont exceptionnels.

### Mise en garde et précautions :

- La loratadine franchissant la barrière placentaire passant dans le lait, est à éviter durant la grossesse et l'allaitement.

- L'innocuité et l'efficacité de la Loratadine n'ont pas été démontrées chez les enfants de moins de 2 ans.

### Posologie et Mode d'emploi :

Enfants de 2 à 12 ans :

Poids corporel > 30 kg : 10 mg de Clartec® une fois / jour (2 cuillères-mesure de sirop)

Poids corporel ≤ 30 kg : 5 mg de Clartec® une fois / jour (1 cuillère-mesure de sirop)

Adultes et enfants au dessus de 12 ans : 1 comprimé par jour, de préférence le matin au petit déjeuner.

Vu l'absence de données suffisantes, la prudence est requise chez les patients atteints d'insuffisance hépatique très sévère.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

Conserver à l'abri de l'humidité

Liste II



Laboratoires Pharmaceutiques Pharma 5

A19350 FXT 15





# LIOTON® 1000 gel

héparine sodique

\* VIGNETTE

Lioton® 1000 gel  
tube de 50g  
PPV 49DH50

de neroli,

6 118001 150021

Barcode

## COMPOSITION

100 g de gel contiennent:

**Principe actif:** 100 000 U.I. d'héparine sodique.

**Excipients:** carbomère, méthyle p-hydroxy-benzoate, propyle p-hydroxybenzoate, essence de lavande, éthanol, triéthanolamine, eau purifiée.

**Excipients à effet notoire:** méthyle p-hydroxy-benzoate, propyle p-hydroxybenzoate.

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Syndromes variqueux et leurs complications; phlébothromboses, thromboses superficielles, ulcères variqueux.

Varicophlébites post-opératoires, séquelles de saphènectomie.

Traumatismes et contusions; infiltrats et œdèmes localisés; hématomes sous-cutanés. Affections traumatiques des appareils musculo-tendineux et capsulo-ligamentueux.

## CONTRE-INDICATIONS

Hypersensibilité individuelle liée au produit.

## MISES EN GARDE ET PRECAUTION D'EMPLOI

LIOTON ne doit pas être appliqué en cas de saignement, sur des blessures ouvertes et sur les muqueuses, ainsi que sur les sièges d'infection, en cas de processus suppuratifs. L'emploi de LIOTON en présence de phénomènes hémorragiques doit être évalué attentivement.

L'utilisation, en particulier prolongée, de produits topiques peut engendrer des phénomènes de sensibilisation; dans ce cas, il faut interrompre le traitement et instaurer une thérapie appropriée.

Il n'y a pas de données spécifiques concernant l'utilisation de la préparation en cas de grossesse et d'allaitement.

Ce médicament contient du « Parahydroxybenzoate » et peut provoquer des réactions allergiques (éventuellement retardées).

Si vous avez des questions concernant l'utilisation de ce médicament, ne pas hésiter à demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien

## INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS

L'administration d'héparine peut prolonger ultérieurement le temps de prothrombine chez des patients traités avec des anticoagulants oraux.

## POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

De une à trois applications par jour; étaler, sur la zone cutanée concernée, 3-10 cm de gel, en massant délicatement.

## SURDOSAGE

Jusqu'à présent, aucun phénomène lié au surdosage n'a été décrit. Si un tel phénomène devait se produire, le sulfate de protamine peut être utilisé comme antagoniste de l'effet de l'héparine.

## EFFETS SECONDAIRES.

L'utilisation, en particulier prolongée, de produits topiques peut engendrer des phénomènes de sensibilisation.

Communiquer au médecin traitant ou au pharmacien tout effet non désiré qui n'est pas décrit dans ce feuillet illustratif.

## FORME PHARMACEUTIQUE ET PRESENTATION

30 g, 50 g de gel pour utilisation topique contiennent 100 000 U.I.% d'héparine sodique.

## CONSERVATION:

A conserver à température inférieure à 25° C et à l'abri de la chaleur.

## LISTE II

Ne pas utiliser ce médicament après la date de péremption mentionnée sur la boîte

Ne pas laisser à la portée des enfants.

Ne pas dépasser la dose prescrite.

Date à laquelle la notice a été révisée pour la dernière fois: Février 2013

Fabriqué par:

A. MENARINI Manufacturing Logistics and Services  
s.r.l. - Florence - Italie

Distribué par :

LABORATOIRES PHARMACEUTICAL INSTITUTE

BP 4491 - 12100 Ain El Aouda - MAROC

h.i PHARMACIEN RESPONSABLE : Maria SEDRATI

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté  
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الكزولي

طبيب معلم

خبير بمحكمة

DRISA Faouzi

Casablanca, le : 29 MAI 2023 : الدار البيضاء، في :

1. Zirpect 675

139.50 : 1 kg x 20 comprimés

AS

2. Daflex 500

122.70 : 1 kg x 20 comprimés

AS

3. Liofam 100mg

49.50 : 1 kg x 20 comprimés

AS

4.

PHARMACIE POLYCLINIQUE  
DR. TIRABDELAZIZ  
58, Route M. Thami Hay Hassani  
Tél: 0522 90 21 61 Casa

32.00

343.70

le souci

دكتور سعيد الكزولي  
طبيب معلم، خبير بمحكمة الدار البيضاء  
رقم: 60، معلم، خبير بمحكمة الدار البيضاء  
رقم: 022 90 70 98  
مواعد: 08:00 - 11:00 و 14:00 - 17:00

60, طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88 - E-mail : drgzsa@gmail.com

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté  
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الكزولي

طبيب محلق  
خبير لدى المحاكم

Casablanca, le : 29 MAI 2023 الدار البيضاء، في :

M. DRISSA Fatima

MS  
L'AGENCE CIRE MAY HASSANI  
Dr. umira b. BRAHIM  
Biologiste  
28d.Ibr. ina Hassani  
59 87 / 05 22 65221  
Fax: 05 22 89 6538  
R.D.  
T.C.

glycémie a jeun  
uric acid - creatinin  
urine négative

لـدكتور سعيد الكزولي

طبيب محلق، خبير لدى المحاكم  
60، طريق مولاي التهامي  
(قرب مستشفى الحسني الحسني)  
مارولا - الحسي الحسني - الدار البيضاء  
الهاتف: 022 90 70 88