

# 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.

## Diagnostique 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 canaux, 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 canaux.

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 056413

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1848 Société : RAM 80163  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BIBLAT Mohamed  
 Date de naissance : 10/02/1948  
 Adresse : Bd Bou Sina RSD KASBA ENTRÉE A N° 8  
 HAY HASSANI CASABLANCA  
 Tél. : 06 87 41 63 05 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr. Abdel Fatah MARZOUK  
 Expert Auprès des Tribunaux  
 Av. Ibnou Sina Rés. El Mokhtar Sorst  
 1er Etage Hay Hassani - Casablanca  
 GSM : 06 61 93 38 33

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12 8 JULI 2021  
 Nom et prénom du malade : BIBLAT Mohamed 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 : CASABLANCA Le : 28 10f 2021  
 Signature de l'adhérent(e) :



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28 juil 2021	129.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES</p> <p>187, Bd. Ibnou Sina - Casablanca 45</p> <p>Tél: 0522 95 17 34 - Fax: 0522 94 17 34</p> <p>E-mail: evolulab@hotmail.com</p> <p>ICE: 001566539000001 - INPE: 093061067 - IP: 1566539000001</p>	08108221 BF95+685	1065.00DH

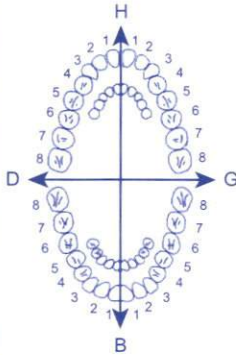
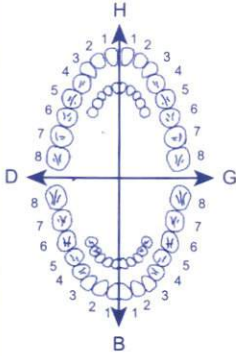
[illegible]

## 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 de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <p>Coefficient des Travaux</p> <p>Montants des Soins</p> <p>Début d'exécution</p> <p>Fin d'exécution</p> </div> <div style="width: 35%;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412    21433552</p> <p>00000000    00000000</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>D</p> <hr style="width: 50%;"/> <p>00000000    00000000</p> <p>35533411    11433553</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> </div> </div> <p>B</p>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <p>Coefficient des Travaux</p> <p>Montants des Soins</p> <p>Date du devis</p> <p>Date de l'exécution</p> </div> <div style="width: 35%;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div>
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Abdelfatah MARZOUK**

Expert Assermente Près des Tribunaux  
Médecine Générale

Echographie  
Circoncision



الدكتور عبد الفتاح مرزوق

خبير محلف لدى المحاكم  
الطب العام  
الفحص بالصدى  
ختانة الأطفال

Casablanca, le : **28 Jul 2021**

في: (الدار البيضاء)

*Dr. B. BLAT*

*31.00*

*Detachable*

*08.80*

*Hoofel 16*

*199.80*



PHARMACIE AL BOUSTANE  
580, Bd Ibn Sina Derb El Widad  
Hay Hassani - CASABLANCA  
Tél. : 05 22 90 33 97

PHARMACIE AL BOUSTANE  
580, Bd Ibn Sina Derb El Widad  
Hay Hassani - CASABLANCA  
Tél. : 05 22 90 33 97

Dr. Abdel-Fatah MARZOUK  
Expert Assermente Près des Tribunaux  
Av. Ibnou Sina. Rés. El Mokhtar Soussi.  
Etage Hay Hassani - Casablanca  
GSM : 06 61 93 38 38

*7*



DEBRIDAT®  
Granulés pour suspension

LOT :  
PER :  
PPV :

31,00

**Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice.**

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez besoin de plus d'informations, ou si vous avez des difficultés à comprendre ce que votre pharmacien vous a dit, n'hésitez pas à lui demander conseil.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Il est important de lire attentivement la notice qui accompagne ce médicament, car elle vous informe des effets indésirables possibles, des précautions d'emploi et des contre-indications. Elle vous aide également à savoir comment le prendre et à reconnaître les effets indésirables.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, arrêtez d'utiliser ce médicament et consultez votre médecin.

#### **Dans cette notice :**

1. QU'EST-CE QUE DEBRIDAT®, granulés pour suspension buvable en flacon ?
2. EST-IL UTILISÉ ?
3. QUELLES SONT LES INFORMATIONS IMPORTANTES À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE DEBRIDAT®, granulés pour suspension buvable en flacon ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES ÉVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER DEBRIDAT®, granulés pour suspension buvable en flacon ?
6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES.
1. QU'EST-CE QUE DEBRIDAT®, granulés pour suspension buvable en flacon ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

#### **ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE**

Ce médicament est indiqué dans les douleurs spasmodiques de l'intestin.

#### **2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE DEBRIDAT®, granulés pour suspension buvable en flacon ?**

Si votre médecin vous a informé d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

#### **Ne prenez jamais DEBRIDAT®, granulés pour suspension buvable en flacon :**

- si vous êtes allergique à la triméthopime ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6.

Ne donnez pas ce médicament à un enfant de moins de 2 ans.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

#### **Faites attention avec DEBRIDAT®, granulés pour suspension buvable en flacon :**

##### **Mises en garde**

Ce médicament contient un agent colorant azoïque (jaune orangé S (E 110)) et peut provoquer des réactions allergiques.

##### **Pour les enfants entre 2 ans et 5 ans :**

L'utilisation de ce médicament est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au fructose, un syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou un déficit en sucrase/isomaltase (maladies héréditaires rares).

##### **Pour les enfants de plus de 5 ans :**

L'utilisation de ce médicament est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au fructose, un syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou un déficit en sucrase/isomaltase (maladies héréditaires rares).

Ce médicament contient 6 g de saccharose par dose dont il faut tenir compte dans la ration journalière en cas de régime pauvre en sucre ou de diabète.

##### **Pour les adultes :**

L'utilisation de ce médicament est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au fructose, un syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou un déficit en sucrase/isomaltase (maladies héréditaires rares).

Ce médicament contient 9 g de saccharose par dose dont il faut tenir compte dans la ration journalière en cas de régime pauvre en sucre ou de diabète.

##### **Précautions d'emploi**

En cas de diabète, tenir compte de la teneur en sucre : 5 ml contient 3 g de saccharose.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

##### **Prise ou utilisation d'autres médicaments**

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

##### **Grossesse et allaitement**

Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse que sur les conseils de votre médecin. Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de le poursuivre.

Il est préférable de ne pas prendre ce médicament si vous allaitez.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

**Informations importantes concernant certains composants de DEBRIDAT®, granulés pour suspension buvable en flacon :**

Liste des excipients à effet notoire : saccharose, jaune orangé S.

##### **3. COMMENT PRENDRE DEBRIDAT®, granulés pour suspension buvable en flacon ?**

##### **Posologie**

###### **Adulte**

1 cuillerée à soupe 3 fois par jour.

Exceptionnellement, cette posologie peut être augmentée jusqu'à 6 Cuillerée à soupe par jour.



**Allaitement**  
En l'absence de données pendant l'allaitement.  
D'UNE FAÇON GEN  
DE L'ALLAITEMENT  
OU DE VOTRE PHA

PPV 98DH80  
EXP 03/2024  
LOT 12019 3

on de ce médicament

E LA GROSSESSE OU  
DE VOTRE MEDECIN  
DICAMENT.

**EXCIPIENTS A EFF**  
En cas de régime des  
NEOFORTAN® 160 mg  
NEOFORTAN® 80 mg

a teneur en sodium :  
comprimé  
comprimé.

### COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN. A TITRE INDICATIF, LA POSOLOGIE USUELLE EST :

- Chez l'adulte : 1 comprimé effervescent à 80 mg 4 à 6 fois par 24 heures ou 1 comprimé effervescent à 160 mg 2 à 3 fois par 24 heures; ou 2 à 3 suppositoires par 24 heures
- Chez l'enfant à partir de 6 ans (20 kg) : 1 comprimé effervescent à 80 mg 2 fois par 24 heures.

### Voie et mode d'administration

- Voie orale  
Les comprimés doivent être dissous dans un demi-verre d'eau.
- Voie rectale

### Durée du traitement

NEOFORTAN® doit être utilisé aux doses prescrites et aussi longtemps que votre médecin l'aura conseillé.

### EFFETS NON SOUHAITES ET GENANTS

COMME TOUT PRODUIT ACTIF, LE MEDICAMENT PEUT CHEZ CERTAINES PERSONNES ENTRAINER DES EFFETS PLUS OU MOINS GENANTS

- Allergie cutanée : quelque très rares cas d'éruptions cutanées bénignes ont été décrits
- NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

### CONSERVATION

- Ne pas dépasser la date limite d'utilisation figurant sur le conditionnement extérieur
- Comprimés effervescents : Tube à conserver bien fermé à l'abri de la chaleur et de l'humidité
- Suppositoires : à conserver à l'abri de la chaleur.

Ceci est un médicament

Un médicament n'est pas un produit comme les autres

Il vous concerne, vous et votre santé

Le médicament est un produit actif

Une longue recherche a permis de découvrir son activité mais son absorption n'est pas toujours sans danger

Il ne faut jamais abuser des médicaments

Il ne faut utiliser les médicaments qu'à bon escient

Utilisez les médicaments prescrits comme vous le conseille votre médecin

Il sait quels sont les médicaments dont vous avez besoin

Exécutez exactement les prescriptions de son ordonnance : suivez le traitement prescrit, ne l'interrompez pas, ne le reprenez pas de votre seule initiative

Votre pharmacien connaît les médicaments : suivez ses conseils

Il ne s'agit pas pour vous de prendre des médicaments en quantité importante

Il s'agit pour vous de prendre les médicaments dont vous avez besoin.

### NE LAISSEZ PAS LES MEDICAMENTS A LA PORTEE DES ENFANTS

Laboratoires de Produits Pharmaceutiques d'Afrique du Nord  
**LAPROPHAN S.A.** 21, Rue des Oudaya - Casablanca

030106F56461P060606

**Dr. Abdelfatah MARZOUK**

Expert Assermente Près des Tribunaux  
Médecine Générale

Echographie  
Circoncision



الدكتور عبد الفتاح مرزوق

خبير محلف لدى المحاكم  
الطب العام

الفحص بالصدى  
ختانة الأطفال

Casablanca, le : **28 Jul 2021** : الدار البيضاء, في :

*[Handwritten signature]*

GAJ

HB A.C

NFS

PSA

Pal lipide

Trouma

**EVOLULAB**  
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
187, Bd. Ibnou Sina - Casablanca  
Tél: 0522 95 03 34 - Fax: 0522 94 77 45  
E-mail: evolulab@hotmail.com  
ICE: 0016665330000001 - INPE: 093061067 - IF: 14377655

**Dr. Abdelfatah MARZOUK**  
Expert Asserments des Tribunaux  
Av. Ibnou Sina Rés. El Mokhtar Soussi  
1<sup>er</sup> étage Hay Hassani - Casablanca  
GSM : 06 61 93 38 38

*[Large handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

**FACTURE N° : 2108022011**

**INPE: 093061067 IF:14377655**

Casablanca le 02-08-2021

**Mr Mohamed BIBLAT**

Date de l'examen : 02-08-2021

Analyses :

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
	- ALAT (transaminase TGP)	B50	B
	- ASAT (transaminase TGO)	B50	B
	Cholestérol	B30	B
	Glycémie à jeun	B30	B
	HbA1c	B100	B
	Cholestérol HDL	B80	B
	PSA Total	B300	B
	Triglycérides	B60	B
	- NFS	B80	B
	Prise de sang	B15	B

Total des B : 795

TOTAL DOSSIER : 1065.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille soixante-cinq dirhams

**EVOLULAB**  
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
187, Bd. Ibnou Sina - Casablanca  
Tél: 0522 95 03 34 - Fax: 0522 94 77 45  
E-mail: evolulab@hotmail.com  
ICE: 001666539000001 - INPE: 093061067 - IF: 14377655

**Date du prélèvement** : 02-08-2021 à 09:31  
**Code patient** : A210840002  
**Né(e) le** : 10-02-1948 (73 ans)

**Mr Mohamed BIBLAT**

Dossier N° : **2108022011**

Prescripteur : Dr. ABDEL FATAH MARZOUK



## HEMATOLOGIE

### NUMERATION GLOBULAIRE(Sysmex XT-1800i)

Leucocytes	9.01	G/L	(3.90-10.20)
Hématies	5.01	T/L	(4.00-5.65)
Hémoglobine	14.9	g/dL	(12.5-17.2)
Hématocrite	46.7	%	(37.0-49.0)
V.G.M	93.2	fL	(80.0-101.0)
T.C.M.H	29.7	pg	(27.0-34.0)
C.C.M.H	31.9	g/dL	(30.0-36.0)

### FORMULE LEUCOCYTAIRE(Sysmex XT-1800i)

Poly. Neutrophiles	47.1	%	
Soit	4.24	G/L	(1.50-7.70)
Poly. Eosinophiles	4.2	%	
Soit	0.38	G/L	(0.02-1.10)
Poly. Basophiles	0.7	%	
Soit	0.06	G/L	(<0.35)
Lymphocytes	36.3	%	
Soit	3.27	G/L	(>1.00)
Monocytes	11.7	%	
Soit	1.05	G/L	(0.10-2.70)

### PLAQUETTES(Sysmex XT-1800i)

246 G/L (150-450)

**Commentaire :**

Numération formule sanguine normale

## BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

**Aspect du sérum à 4°:**

Limpide

**- Glycémie à jeun**

(Beckman AU480)

1.37 G/L (0.70-1.15)  
7.60 mmol/L (3.89-6.38)

**HEMOGLOBINE GLYQUEE A1C:**

(Méthode de Référence: HPLC sur GX 723)

6.7 % (4.0-6.0)

*Patient non diabétique : 4-6 %*

*Objectif de thérapie : < 7 %*

*Modification de thérapie: > 8 %*

**- Cholestérol total**

(Méthode: CHOD-PAP)

2.04 g/l (<2.20)  
5.28 mmol/L (<5.69)



2108022011 – Mr Mohamed BIBLAT

**- HDL-Cholestérol**

(Méthode: Immuno-inhibition )

0.43 g/L (>0.35)

1.11 mmol/L (>0.91)

**- LDL-Cholestérol**

1.40 g/L (<1.60)

3.62 mmol/L (<4.14)

Concentrations "Cibles" de LDL-Cholestérol à atteindre en fonction du nombre de facteurs de risque cardiovasculaire :

Patient à haut risque cardiovasculaire*	3 facteurs de risque	2 facteurs de risque	1 seul facteur de risque	Aucun facteur de risque
< 1,0 g/l	< 1,3 g/l	< 1,6 g/l	< 1,9 g/l	< 2,2 g/l

\* ATCD de maladie cardiovasculaire, diabète de type 2 à haut risque, risque élevé de survenue d'un événement coronarien dans les 10 ans.

**- Triglycérides**

(Méthode: GPO-PAP )

1.04 g/l (<2.00)

1.18 mmol/L (<2.26)

Acceptable : < 2.0 g/l

Limite haute : 2.0-4.0 g/l

Elevée : > 4.0 g/l

**- Transaminases GOT (ASAT)**

(Méthode : IFCC )

20 UI/L (0-35)

**- Transaminases GPT (ALAT)**

(Méthode:IFCC )

17 UI/L (0-45)

**MARQUEURS TUMORAUX**

**- PSA total**

(Technique ELFA Vidas)

8.87 ng/ml (<6.00)

8.87 µg/l (<6.00)

Le rapport PSA Libre/ PSA Total peut être réalisé sur un échantillon prélevé de préférence au laboratoire pour des valeurs de PSA Total comprises entre la valeur normale et 10 µg/l.

Validé par le biologiste

**EVOLULAB**  
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
187, Bd. Ibnou Sina - Casablanca  
Tél: 0522 95 03 34 - Fax: 0522 94 77 45  
E-mail: evolulab@hotmail.com  
ICE: 001666539000001 - INPE: 093061067 - IF: 14377655