

## 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 : spec@mupras.com  
 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS ne peut pas garantir la sécurité de vos données personnelles. Nous vous recommandons de faire usage d'un logiciel de chiffrement de vos données personnelles.

Site Web : [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-490837

### Maladie

Cadre réservé à l'adhérent(e)

00372

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : Boussetta

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661208926

Total des frais engagés : Dhs

### Optique

### Autres

Comme

Autre :

Conjoint

Enfant

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : / Age : /

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

### VOLET ADHÉRENT

#### Déclaration de maladie

N° W19-490837

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 : /

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	<b>Coefficient des</b>  <b>Montant des soins</b>  <b>Début d'exécution</b>  <b>Fin d'exécution</b>  <b>Coefficient des travaux</b> 
DROITE	12 11 21 22 GAUCHE				
13	23				
14	24				
15	25				
16	26				
17	27				
18	28				
46	37				
47	38				
48	39				
BAS	40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52				

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire	<b>H</b>  <b>Montant des soins</b>  <b>Date du devis</b>  <b>Fin de</b> 
DROITE	12 11 21 22 GAUCHE		
D	25533412 00000000	21433552 00000000	
	G		
14	35533411	11433553	
15			
16			
17			
18			
24			
25			
26			
27			
28			
46			
47			
48			
BAS	36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52		

		Votre signature et celle de votre praticien en cas de remboursement à l'exception
--	--	--

VOLET ADHERENT		NOM : <i>Boussetta Halima</i>	Mle 00372
DECLARATION N°		W18-396717	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
<i>02/10/19</i>	<i>1961,50</i>	<i>12.</i>	

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois  
est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle



W18-396717

DATE DE DEPOT

/...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 00372	<i>Boussetta Halima</i> <i>Retraitee</i> <i>0661208026</i> <i>EP</i> <i>MEDECIN</i> <i>Prénom du patient</i> <i>Boussetta Halima</i> <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age ..... Date <i>01/10/19</i> <i>Nature de la maladie</i> <i>DWID + HTA</i> <i>Date 1ère visite</i> <i>08/08/17</i> <i>S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances</i> <i>Nature des actes</i> <i>Nbre de Coefficient</i> <i>Montant détaillé des honoraires</i> <i>Ca</i> <i>2</i> <i>250,00</i> <i>PHARMACIE</i> <i>Date</i> <i>02/10/19</i> <i>Montant de la facture</i> <i>Dr. Boussetta Halima</i> <i>Dr. Boussetta Halima</i> <i>7S-7D, Lot Baboukala - Assif (C,</i> <i>Marrakech</i> <i>Tél : 05 24 30 63 22</i> <i>516,50</i> <i>R</i> <i>I.N.P.</i> <i>07203593</i> <i>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</i> <i>Date</i> <i>03/10/19</i> <i>Désignation des Coefficients</i> <i>Montant détaillé des Honoraires</i> <i>3110</i> <i>1195,00</i> <i>AUXILIAIRES MEDICAUX</i> <i>Date</i> ..... <i>Nombre</i> <i>Montant détaillé des Honoraires</i> <i>AM PC IM IV</i>
D	G		

*LABORATOIRE BAB BOUKKALA*  
*3a. Prince Ali Abdellah Imm. Bd Doukkala 40000*  
*Tel : 05 24 44 63 63 / 06 08 47 32 66*  
*E-mail : abdellahmessanti@mail.com*  
*CACHE*

*Docteur Houria O. Jawhari*  
Spécialiste

Diabétologie - Glandes endocrines  
Cholestérol - Obésité - Goitre  
Impuissances sexuelles - Maladies du sein  
Retards de croissance  
Nutrition

(الدكتورة حرية أ. جوهري)  
اختصاصية

أمراض السكري - أمراض الغدد الهرمونية  
لسمنة - الكوليستروول - الضغط الجنسي  
أمراض الثدي - نقصان النمو  
التغذية

Marrakech, le :

٢٠١٦/١١/٣

*Mr Bousse H. Halim*

Dr. Houria O. Jawhari  
Diabetologist - Endocrinologist - Nutritionist  
213 Avenue Mohamed V, Marrakech  
Gueliz - Maroc - Tel : 05 24 43 36 62 / 08 08 39 09 65

- Diamic LM 30 (320 mg)

نهاية S. V.

١٥٧,١٠ N° ١٠ (٣٢٠ mg)

نهاية S. V.

٤٥,٨٥ - Myostine

B/TG50  
Pharmacie KAMILA  
Dr. Baouchra BAGHDAD  
15-7D, Lot Bouamra - Assif (C)  
Marrakech  
Tél : 05 24 30 63 22

Dr. Houria O. Jawhari  
Diabetologist - Endocrinologist - Nutritionist  
213 Avenue Mohamed V, Marrakech  
Gueliz - Maroc - Tel : 05 24 43 36 62 / 08 08 39 09 65

213. شارع محمد الخامس رقم 11، الطابق الثاني بجليز - مراكش (عمارة الخطوط الملكية الجوية المغربية) - الهاتف : ٠٥ ٢٤ ٤٣ ٣٦ ٦٢  
213, Avenue Mohamed V, Appt 11, 2ème Etage Guéliz - Marrakech (Imm. Royal Air Maroc) - Tél C. : 05 24 43 36 62 / 08 08 39 09 65

IF : 68905120 - ICE : 001629132000026 - INP : 071117063

# MYCOSTER®

Gicopiroxolamine

PER : 04/2022  
LOT : 911118  
MYCOSTER 1%  
CREME T30G  
P.P.V 45DH20



6 118000 011118

Si vous avez des doutes, demandez

tice avant d'utiliser ce médicament.

Si vous avez un doute, demandez

**MYCOSTER® 1%**

**Crème** Tube 30 g



6 118000 011118

pourriez avoir besoin de la relire.  
Si vos symptômes persistent ou persistent, consultez votre médecin.  
Si vous avez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous avez une réaction allergique importante ou grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

ER 1 pour cent, crème ET  
ILISE ?

INFORMATIONS A  
SER MYCOSTER 1 pour  
cent, crème ?

COMMENT UTILISER MYCOSTER 1 pour cent,  
crème ?

QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES  
EVENTUELS ?

COMMENT CONSERVER MYCOSTER 1 pour cent,  
crème ?

INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

QU'EST-CE QUE MYCOSTER 1 pour cent, crème  
ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?

Classe pharmacothérapeutique  
ANTIFONGIQUE A USAGE TOPIQUE.

Indications thérapeutiques

Ce médicament est préconisé dans le traitement:

- des mycoses de la peau ou des ongles (affections dues aux champignons) surinfectées ou non par des bactéries,
- dermatite séborrhéique légère à modérée du visage.

QUELLES SONT LES INFORMATIONS A  
CONNATRICE AVANT D'UTILISER MYCOSTER 1 pour  
cent, crème ?

Contre-indications

Lot n°

157,10

EXP :

PPV :

Lot n° :

157,10

EXP :

PPV :

NOLIP® 10 mg  
30 comprimés pelliculés



6 118000 072910

N'utilisez jamais MYCOSTER  
dans les cas suivants :

- en cas d'allergies à l'un des ingrédients,
- prévenir votre médecin ou pharmacien,
- ne pas appliquer ce médicament sur les yeux,
- ne pas avaler.

EN CAS DE DOUTE,  
DEMANDER L'AVIS DE  
VOTRE PHARMACIEN.

Précautions d'emploi ;  
Faites attention avec  
crème :

Précautions d'emploi  
Ne pas appliquer ce médicament sur les yeux.

Candidoses: il est déconseillé d'utiliser ce médicament dans les cas de candidose. Il est recommandé de consulter un professionnel de la santé. EN CAS DE DOUTE, NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT. DEMANDER L'AVIS DE VOTRE PHARMACIEN.

Interactions avec d'autres médicaments ou substances.

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris les médicaments prescrits par votre pharmacien.

Utilisation pendant la grossesse et l'allaitement.

NOLIP® 10 mg  
30 comprimés pelliculés



6 118000 072010

NOLIP® 10 mg  
30 comprimés pelliculés



6 118000 072010

الدكتورة حرية د. جوهري

الخصاصية

أمراض السكري - أمراض الغدد الهرمونية

لسمنة - الكوليسترول - الضعف الجنسي

أمراض الثدي - نقصان النمو

التغذية

Doutre Houria O. Jawnari

Spécialiste

Diabétologie - Glandes endocrines

Cholestérol - Obésité - Goitre

Impuissances sexuelles - Maladies du sein

Retards de croissance

Nutrition

# LABORATOIRE BAB DOUKKALA

Bd. Prince My Abdellah, Imm. Bab Doukkala

Sloc A, Appt N°04 (1<sup>er</sup> étage) Marrakech 40000

Tél. : 05 24 44 63 63 / 06 08 47 32 63

E-mail : laboratoire.essaadi@gmail.com

Marrakech, le :

9/10/19

Dr Boussetta Halima

- Hb A.C - NFS

cholestérol et HDL  
cholestérol et LDL

amylase - Triglyc.

urine, TSH - FBG

pH 24<sup>h</sup> - TG

Na<sup>+</sup> - K<sup>+</sup>

*Dr Houria O. Jawnari*  
Spécialiste Endocrinologue - Diabétologue - Endocrinologist  
Dr Houria O. Jawnari  
Bab Doukkala - 40000 Marrakech - Maroc  
Téléphone : 05 24 43 36 62 / 06 08 39 09 65  
Fax : 05 24 43 36 62 / 06 08 39 09 65  
Email : laboratoire.essaadi@gmail.com

213, Avenue Mohamed V, Appt 11, 2<sup>ème</sup> Etage Guéliz - Marrakech (Imm. Royal Air Maroc) - Tél C. : 05 24 43 36 62 / 06 08 39 09 65

IF : 68905120 - ICE : 001629132000026 - INP : 071117063

**Unité de Biologie Polyvalente - Unité de Biologie de la Procréation - Unité de Biologie Moléculaire**

**Dr. ESSAADI Moulay Ahmed**

Pharmacien Biologiste Diplômé des Universités de Monastir et de Montpellier

- Ancien interne des Hôpitaux de Montpellier
- Diplôme de l'Institut Pasteur - Paris et Diplôme d'Université (Paris-Diderot) en Mycologie Médicale
- Diplôme Universitaire en Assistance Médicale à la procréation (Montpellier I)
- Diplôme Universitaire en Médecine et Biologie de la Reproduction (Paris VI)

**الدكتور مولاي أحمد السعدي**

صيدلاني إيجي خريج جامعات المتسقير و مونبيليه

داخلي سابق مستشفيات مونبيليه

شهادة معهد باستور بباريس وشهادة جامعة باريس ديدرو في علم الفطريات الطبية

شهادة جامعية في المساعدة الطبية على الإنجاب (مونبيليه I)

شهادة جامعية في طب وبيولوجيا الإنجاب (باريس VI)

**034-03J19**

Prélèvement du : 03/10/2019 à 08:49

Résultats édités le: 04/10/2019

**Prescripteur: Docteur JAWHARI HOURIA**

**MME BOUSSETTA HALIMA**

Dossier N° 19D132

**Page: 2/5**

**BIOCHIMIE SANG**

**Sur Automates: Konelab 30 Prime + Konelab 20 XT**

Valeurs de référence

<b>GLYCEMIE A JEUN.....</b>	<b>1,39</b>	<b>g/L</b>	<b>(*)</b>	<b>0,74 à 1,06 g/L</b>
Technique:	Colorimétrie enzymatique (GOD-POD)	7,73	mmol/L	4,11 à 5,89 mmol/L

Antécédent du 02/04/19 - 09:12 : 1,17 g/L

**Normes en fonction de l'âge:**

Adultes :.....0,74 à 1,06 g/L

60 ans et plus :...0,82 à 1,15 g/L

Enfants :.....0,60 à 1,00 g/L

<b>HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE (HbA1c).....</b>	<b>7,30</b>	<b>%</b>	<b>(*)</b>	<b>4,00 à 6,00 %</b>
--	-------------	----------	------------	----------------------

Technique: C.L.H.P (TOSOH HLC723-GX/ARKRAY ADAMS HA-8180 V)

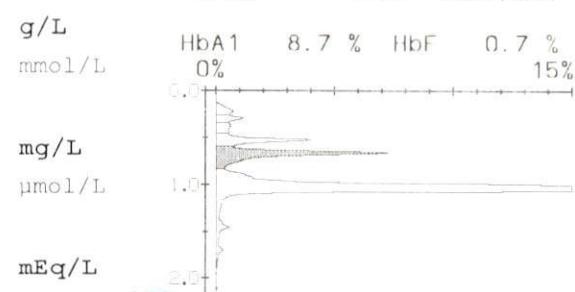
Antécédent du 02/04/19 - 09:12 : 6,40 %

Excellent équilibre glycémique (DNID).....	< 6,5	NOM	%	TEMPS	AIRE
Excellent équilibre glycémique (DID).....	< 7,0	FP	0.0	0.00	0.00
Equilibre glycémique médiocre, action corrective suggérée....	9 - 11	A1A	0.7	0.23	7.33
Mauvais équilibre glycémique, action corrective nécessaire...: > 10,1		A1B	0.7	0.30	7.55
		F	0.7	0.39	7.24
		LA1C+	2.8	0.53	28.02
		SA1C	7.3	0.67	61.59
		AO	89.0	1.03	903.84

**HbA1c 7.3%  
IFCC 56 mmol/mol**

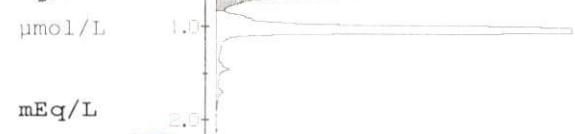
<b>UREE.....</b>	<b>0,35</b>	<b>g/L</b>
------------------	-------------	------------

Technique: Colorimétrie enzymatique (Uréase) 5,81



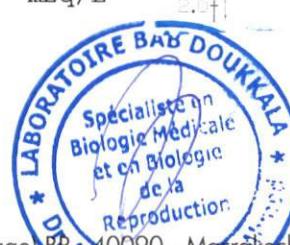
<b>CREATININE.....</b>	<b>6,80</b>	<b>mg/L</b>
------------------------	-------------	-------------

Technique: Colorimétrie (Jaffé - UV Cinétique) 60,18



<b>SODIUM.....</b>	<b>140,00</b>	<b>mEq/L</b>
--------------------	---------------	--------------

Technique: Electrode spécifique (Potentiométrie directe)



**Unité de Biologie Polyvalente - Unité de Biologie de la Procréation - Unité de Biologie Moléculaire**

**Dr. ESSAADI Moulay Ahmed**

Pharmacien Biologiste Diplômé des Universités de Monastir et de Montpellier

- Ancien interne des Hôpitaux de Montpellier
- Diplôme de l'Institut Pasteur - Paris et Diplôme d'Université (Paris-Diderot) en Mycologie Médicale
- Diplôme Universitaire en Assistance Médicale à la procréation (Montpellier I)
- Diplôme Universitaire en Médecine et Biologie de la Reproduction (Paris VI)

**الدكتور مولاي أحمد السعدي**

صيدلاني إحصائي خريج جامعات المنشستر و مونبلييه

داخلي سابق بمستشفيات مونبلييه

شهادة معهد باستور بباريس وشهادة جامعة باريس ديدرو في علم الفطريات الطبية

شهادة جامعية في المساعدة الطبية على الإنجاب (مونبلييه I)

شهادة جامعية في طب وبيولوجيا الإنجاب (باريس VI)

**034-03J19**

Prélèvement du : 03/10/2019 à 08:49

Résultats édités le: 04/10/2019

**Prescripteur: Docteur JAWHARI HOURIA**

**MME BOUSSETTA HALIMA**

Dossier N° 19D132

Page: 1/5

**HEMOGRAMME**

Sur Automates: ABX Pentra XLR 80 + ABX Pentra 60C+

**NUMERATION SANGUINE**

			Valeurs de référence
			Femme
GLOBULES BLANCS.....	6.900	/mm <sup>3</sup>	4 000 à 10 000
GLOBULES ROUGES.....	4,4	M/mm <sup>3</sup>	3,8 à 5,4 Millions
HEMOGLOBINE.....	12,6	g/dL	12 à 16
HEMATOCRITE.....	38,7	%	37 à 47
VGM.....	88,0	μ <sup>3</sup>	82 à 98
TCMH.....	28,7	pg	27 à 33
CCMH.....	32,7	g/dL	31 à 36
PLAQUETTES.....	159	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	150 000 à 400 000

**FORMULE LEUCOCYTAIRE**

POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES.....	50	%	
Soit	3450	/mm <sup>3</sup>	1 800 à 7 500
POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES.....	2,1	%	
Soit	145	/mm <sup>3</sup>	40 à 400
POLYNUCLEAIRES BASOPHILES.....	0,4	%	
Soit	28	/mm <sup>3</sup>	0 à 100
LYMPHOCYTES.....	45,3	%	
Soit	3126	/mm <sup>3</sup>	1 000 à 4 500
MONOCYTES.....	2,2	%	
Soit (*)	152	/mm <sup>3</sup>	200 à 1 000



# **LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES BAB DOUKKALA**

Bd.Prince My Abdellaï Résidence Bab Doukkala, Bloc A, Appt n°4-6 (1er étage) BP:40090 - Marrakech - Maroc

**Dr ESSAADI Moulay Ahmed - Pharmacien Biologiste**

**Diplôme des Universités de Monastir et de Montpellier**

Patente:45193008 - IF: 14417934 - I.N.P.E: 073060980 - C.N.S.S: 9180944 - I.C.E: 001702418000007

Marrakech le: **03/10/2019**

**FACTURE N° 64256/2019**

Médecin	<b>Docteur JAWHARI HOURIA</b>
Nom du patient	<b>MME BOUSSETTA HALIMA</b>
Examens	<b>- GLY- HbG- BLIP- AU- TR- CREAT- URE- SOD- POT- PROTuD- TSH- T4L- NFS</b>
Cotation	<b>B 1110</b>
Montant	<b>1 195,00 DH</b>

**Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de: MILLE CENT QUATRE-VINGT QUINZE DIRHAMS**

**LABORATOIRE BAB DOUKKALA**  
Bd. Prince My Abdellaï, Imm. Bab Doukkala  
Bloc A, Appt N°04 (1er étage) Marrakech 40000  
Tél : 05 24 44 63 63 / 06 08 47 32 63  
E-mail : laboratoire\_essaadi@gmail.com