

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 065278

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8312 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ATbib Fouzia

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/02/2020

Nom et prénom du malade : ATbib Fouzia 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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux																
				Montant des soins																
				Début d'exécution																
				Fin d'exécution																
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis																	
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de																	

Visa et cachet du praticien attestant le devis	Visa et cachet du praticien attestant l'exécution
--	---

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-382752	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-382752

DATE DE DEPOT

28/02/2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 8372
Nom & Prénom		ATBIB FOUZIA
Fonction :	Comptable	Phones : 0668466046
Mail		FATIBIB ROYAL AIR MAROC
MEDECIN		
Prénom du patient		FOUZIA
Adhérent	Conjoint	Enfant
Age	01/01/1966	Date
Nature de la maladie		Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
		300,00
PHARMACIE		Date
Montant de la facture		17,40
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
B.A.T.S. fin	2403,50	
AUXILIAIRES MEDICAUX		
Date :		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

Dr EL WADY ZOHRA
DERMATOLOGUE
21 Rue de Marie Nicole
94 CASABLANCA
TEL: 022 27 69 82

PHARMACIE VALLÉE EL MANSOUR
TEL: 05 22 33 34 65 / 05 22 33 34 66
05 22 33 34 67 / 05 22 33 34 68

LES BÉNIS ZINB
SOCIÉTÉ
TEL: 05 22 33 34 65 / 05 22 33 34 66
05 22 33 34 67 / 05 22 33 34 68

Docteur F. Zohra EL WADY

Dermatologue

Diplômée de la Faculté de Médecine

de Poitiers (France) - Montréal (Canada)

Ex-Médecin attachée des hôpitaux de Paris

Esthétique, Laser, Cosmétique

(Peeling, Mésothérapie, Botox,

Comblement)

الدكتورة فاطمة الزهراء الوادي

إختصاصية في أمراض الجلد الشعر والأظافر

خريجة كلية الطب ببواتيغ (فرنسا) - مونتريال (كندا)

طبيبة سابقا بمختصيات باريس فرنسا

طب التجميل

الليزر

علاج التجاعيد

Casablanca, le : : الدار البيضاء, في

08.02.2020



Mme ATBIB Fouzia

1740
DERMOVAL CREME

1 application / jour le soir x 2 mois

Dr EL WADY ZOHRA
DERMATOLOGUE
21 Place Charles Nicolle
N°4 CASABLANCA
Tél. 022 27 69 82

Mme BENNIS Zineb
PHARMACIE Yacoub EL MANSOUR
Tél.: 05 22 25 52 04 - Casablanca



NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

**DERMOVAL 0,05 %, crème**
Propionate de clobétasol

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien ou votre infirmier/ère.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que DERMOVAL 0,05 %, crème et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser DERMOVAL 0,05 %, crème ?
3. Comment utiliser DERMOVAL 0,05 %, crème ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver DERMOVAL 0,05 %, crème ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. QU'EST-CE QUE DERMOVAL 0,05 %, crème ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : corticostéroïde d'activité très forte (groupe IV) - code ATC : D07AD01

Ce médicament contient du propionate de clobétasol qui est un corticoïde local d'activité très forte, il est destiné à une application cutanée.

Il est indiqué généralement dans certaines maladies de la peau peu étendues (surface limitée) :

- En plaques et ne répondant pas à d'autres traitements :
 - psoriasis (plaques épaisses, rouges et inflammatoires, souvent recouvertes de squames brillantes),
 - lupus érythémateux discoïde (plaques associant rougeur, vaisseaux superficiels visibles et squames épaisses)
 - lichen (plaques rouges ou violacées provoquant des démangeaisons).
- Cicatrices hypertrophiques (en relief)
- Lésions non infectées, peu étendues ne répondant pas à un corticoïde d'activité moins forte et limitées en surface

Docteur F. Zohra EL WADY.

Dermatologue

Diplômée de la Faculté de Médecine

de Poitiers (France) - Montréal (Canada)

Ex-Médecin attachée des hôpitaux de Paris

Esthétique, Laser, Cosmétique

(Peeling, Mésothérapie, Botox,

Comblement)

الدكتورة فاطمة الزهراء الوادي

إختصاصية في أمراض الجلد الشعر والأظفار

خريجة كلية الطب ببواتيخ (فرنسا) - مونتريال (كندا)

طبيبة سابقا بمصشفيات باريس فرنسا

طب التجميل

الليزر

علاج التجاعيد

Casablanca, le : : الدار البيضاء, في :

8 Février 2020

Mme ATBIB Fouzia

- NFS Pq
- VS, CRP
- Transaminases: SGOT, SGPT
- Cholesterol - Triglycérides
- Bilan phospho calcique
- Dosage de l enzyme de conversion
- TSHus
- Dosage de la Vit D3
- Ferritinemie
- EPP

Reçu Médical
N° 05 22 27 69 82
Date : 08/02/2020
L'ASSOCIATE

Dr F. WADY ZOHRA
DERMATOLOGUE
31, Place (M. de) Nicole
CASABLANCA
Tél : 05 22 27 69 82

Code Patient : 170325A029
Date de l'examen : 15-02-2020

Saisie le 15-02-2020 09:23

Mme Fouzia ATBIB
Réf : 200215A012
Prescription :

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME (Automate Sysmex XN-550)

NUMERATION

			28-06-2018
Leucocytes :	6 210 /mm ³	(3 900-10 200)	6 500
Hématies :	4.51 10 ⁶ /mm ³	(3.90-5.40)	4.56
Hémoglobine :	13.50 g/100mL	(12.00-15.60)	14.20
Hématocrite :	41.6 %	(35.5-45.5)	39.0
VGM :	92 µ ³	(80-99)	86
TCMH :	29.9 pg	(27.0-33.5)	31.1
CCMH :	32.5 %	(30.0-36.0)	36.4

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles :	71.4 %		72.1
Soit:	4 434 mm ³	(1 500-7 700)	4 687
Polynucléaires Eosinophiles :	1.4 %		1.2
Soit:	86.9 mm ³	(20.0-500.0)	78.0
Polynucléaires Basophiles :	0.5 %		0.2
Soit:	31.1 mm ³	(0.0-200.0)	13.0
Lymphocytes :	13.5 %		13.4
Soit:	838.4 mm ³	(1 200.0-6 000.0)	871.0
Monocytes :	13.2 %		13.1
Soit:	819.7 mm ³	(100.0-900.0)	851.5
Plaquettes :	270 000 mm ³	(150 000-370 000)	272 000



200215A012 – Mme Fouzia ATBIB
Date de l'examen : 15-02-2020

VITESSE DE SEDIMENTATION

Technique automatisée corrélée à la méthode de Westergreen

VS 1ère heure	27 mm	(0-10)	28-06-2018 15
VS 2ième heure	53 mm	(0-30)	27

BIOCHIMIE SANGUINE

Calcium	94 mg/l 2.4 mmol/l	(82-102) (2.1-2.6)	28-06-2018 92
Phosphore (Dosage colorimétrique)	40 mg/l 1 mmol/l	(25-77) (1-2)	28-06-2018 36
Cholestérol total (Dosage enzymatique)	1.97 g/l 5.10 mmol/L	(<2.00) (<5.17)	
Triglycérides (Dosage enzymatique)	0.59 g/L 0.59 mmol/L	(<1.50) (<1.50)	
Transaminases GOT (ASAT) (Dosage enzymatique)	64 UI/L	(10-35)	
Transaminases GPT (ALAT) (Dosage enzymatique)	74 UI/L	(<33)	
Ferritine (Dosage CMIA)	99.5 ng/mL	(15.0-150.0)	
Protéine C-réactive (CRP)	57.4 mg/L	(<5.0)	



Dossier validé biologiquement par : Docteur Abdellatif LOUDGHIRI

Page 2 sur 3

200215A012 – Mme Fouzia ATBIB
Date de l'examen : 15-02-2020

ELECTROPHORESE DES PROTEINES SERIQUES

Protéines totales :	69.0 G/L	(56.0–83.0)
Albumine :	55.9 %	
soit en g/l :	38.6 g/l	(40.0–47.6)
Alpha 1 globulines :	5.8 %	
soit en g/l :	4.0 g/l	(2.1–3.5)
Alpha 2 globulines :	11.9 %	(7.0–12.0)
soit en g/l :	8.2 g/l	(5.1–8.5)
Béta globulines :	12.7 %	(9.0–14.0)
soit en g/l :	8.8 g/l	(6.0–9.4)
Gamma globulines :	13.7 %	
soit en g/l :	9.5 g/l	(8.0–13.5)
Interprétation:	Profil légèrement inflammatoire.	

25-OH-Vitamine D (D2+D3)
(Dosage ELISA sur ELECSYS 2010 Roche)

22.9 ng/ml (30.0–80.0)
57.3 nmol/l (75.0–200.0)

28-06-2018
12.3

BILAN ENDOCRINIEN

TSH
(Dosage CMIA)

1.06 mUI/L (0.25–5.00)

28-06-2018
1.13

ANALYSES SPECIALISEES

**ENZYME DE CONVERSION DE
L'ANGIOTENSINE : ⁽¹⁾**

28.0 UI/L (8.0–52.0)

(1) Labo. exécutant : CERBA – ()



Nom/Prenom: **ATBIB FOUZIA**

Né(e) le : 01/01/1966

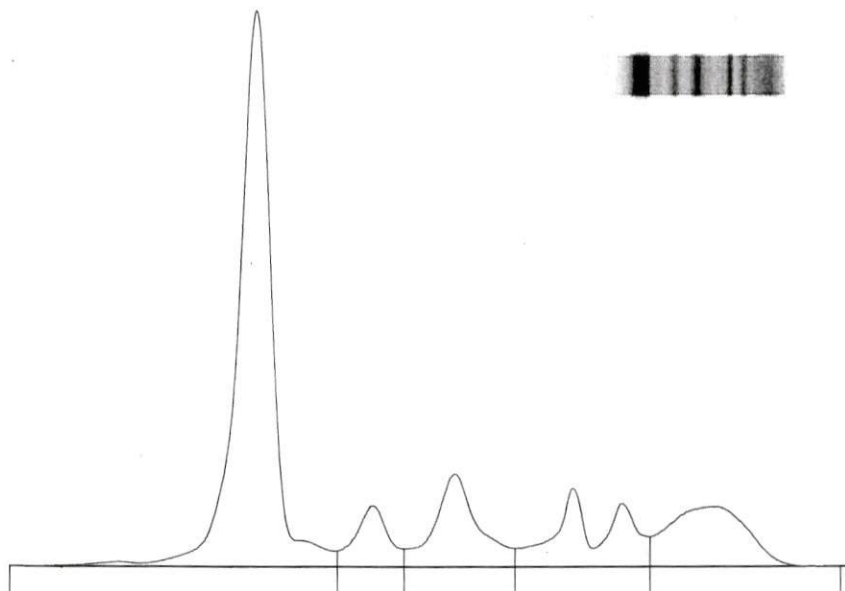
Sexe: F

ID : **160215200012**

Date de prélèvement : **15/02/2020**

Ech. No: **1**

Electrophorèse des protéines sériques
Technique capillaire à haute résolution (TCHR)
Minicap Flex-piercing(SEBIA)



Nom	%	Normales %	g/L	Normales g/L
Albumine	55,9	55,8 - 66,1	38,6	40,2 - 47,6
Alpha 1	5,8	> 2,9 - 4,9	4,0	2,1 - 3,5
Alpha 2	11,9	> 7,1 - 11,8	8,2	5,1 - 8,5
Beta	12,7	8,4 - 13,1	8,8	6,0 - 9,4
Gamma	13,7	11,1 - 18,8	9,5	8,0 - 13,5

Rapp. A/G : **1,27**

P. T. : **69** g/L

Commentaire:

Profil légèrement inflammatoire.

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SOCRATE

Résidence Masurel ,Angle Rue Socrate et Bd Yacoub EL Mansour IMM C N°4 –
CASABLANCA

Tél : 0522 23 36 03. Fax : 0522 25 85 08 - PATENTE : 35804986- CNSS : 6478417
BP 19078021211 507790200 18 18. AGENCE YACOUB EL MANSOUR CASABLANCA
IF 44409091 ICE 000114556000027 INP 0093001964

Dr. Abdellatif LOUDGHIRI
Pharmacien Biologiste
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Bactériologie–Biochimie–Hématologie
Mycologie - Parasitologie – Virologie

FACTURE N° : 200001137

CASABLANCA le 15-02-2020

Mme Fouzia ATBIB

Demande N° 200215A012

Numéro de l'adhérent :

Numéro de prise en charge :

Date de l'examen : 15-02-2020

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	B5	B
PS	Prélèvement sang	E25	E
	Electrophorèse des protéines sériques	B100	B
	Ferritine	B250	B
	TSH	B250	B
	Vitamine D 25-OH (D2+D3)	B450	B
	ENZYME DE CONVERSION DE L'ANGIOTENSINE	B250	B
0104	Calcium	B30	B
0106	Cholestérol total	B30	B
0129	Phosphore minéral	B40	B
0134	Triglycérides	B60	B
0146	Transaminases O (TGO)	B50	B
0147	Transaminases P (TGP)	B50	B
0216	Numération formule	B80	B
0223	VS	B30	B
0370	CRP	B100	B

Total des B : 1775

TOTAL DOSSIER : 2403.50DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux mille quatre cent trois dirhams cinquante centimes

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SOCRATE
Rég. Masurel Angle Rue Socrate et Bd Yacoub EL Mansour IMM C N°4 - Casablanca
Tél : 05 22 23 36 03 - Fax : 05 22 25 85 08
Email : lab.socrate@menara.ma