

# 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.

## 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.

## 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 caractére 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- 067763

ND: 30910

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... 372 ..... Société : .....

Actif

Pensionné(e)

Autre : .....

Nom & Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... 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) : .....

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-067763

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 : .....

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## VOLET ADHÉRENT

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

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODR.



W18-344527

**DATE DE DEPO**

...../...../201..

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	00372
Nom & Prénom		Broussette Itelimo	
Fonction		Retraite	Phone
Mail		Contact@gsm.ma	
MEDECIN	Prénom du patient		
Adhérent	Conjoint	Enfant	Age
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
DVID + Dyslipidémie		28/10/2017	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
cr	2	280,00	
PHARMACIE	Date		
Montant de la facture			
236,10			
ANALYSES - RADIographies		Date : 04/05/2020	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
04/05/2020 B35J	395,50		
AUXILIAIRES MEDICAUX			
Date :			
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

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 - الكوليستروール - الضعف الجنسي

أمراض الثدي - نقصان النمو

التغذية

Marrakech, le : 4/5/2020

Mme Boussetta Halima

Dim LM 60

AM 10 10 5 5

Noté 10  
10 10 10

236.10 ( 3 mois )

Dr. Houria O. Jawhari  
Spécialiste - Diabétologie - Endocrinologie - Nutrition  
23, Avenue Mohamed V, 11<sup>th</sup> Floor, Guéliz - Marrakech  
Tél. : 05 24 43 36 62 / 08 08 39 09 65

213, Avenue Mohamed V, 11<sup>th</sup> Floor, Guéliz - Marrakech (Imm. Royal Air Maroc) - Tel. C. : 05 24 43 36 62 / 08 08 39 09 65

08 08 39 09 65/05 24 43 36 62 - ICE : 001629132000026 - INP : 071117063

SERVIER MAROC

**DIAMICRON® 60 mg**

60 comprimés



6 118 001 130153

78,70

SERVIER MAROC

**DIAMICRON® 60 mg**

60 comprimés



6 118 001 130153

78,70

SERVIER MAROC

**DIAMICRON® 60 mg**

60 comprimés



6 118 001 130153

78,70

Docteur Houria O. Jawhari

Spécialiste

Diabétologie - Glandes endocrines

Cholestérol - Obésité - Goitre

Impuissances sexuelles - Maladies du sein

Retards de croissance

Nutrition

الدكتورة حورية جوهري

اختصاصية

أمراض السكري - أمراض الغدد الهرمونية

لسمنة - الكوليستروール - الصعف الجنسي

أمراض الثدي - نقصان النمو

التنفيذية

Marrakech, le :

4/15/2019

Mme B

Docteur Houria O. Jawhari

Spécialiste  
Diabétologie - Endocrinologie - Nutrition  
213, Av. Mohamed V, App. 11, 2ème Etage  
Guéliz - Marrakech (Imm. Royal Air Maroc)  
Tél : 05 24 43 36 62

Halim

HSA C

Mr 15947 - 6j

E CB U

LABORATOIRE BAB DOUKKALA

Bd. Prince Moulay Abdellah, Imm. Bab Doukkala  
Bloc A, Appt N°04 (1er étage) Marrakech 40000  
Tél : 05 24 44 83 63 / 06 03 47 32 63  
Email : laboratoire.essaadi@gmail.com

Docteur Houria O. Jawhari

Spécialiste  
Diabétologie - Endocrinologie - Nutrition  
213, Av. Mohamed V, App. 11, 2ème Etage  
Guéliz - Marrakech (Imm. Royal Air Maroc)  
Tél : 05 24 43 36 62

08 08 39 09 65 (05 24 43 36 62) - مراكش (الشارع الخامس رقم 11، الطابق الثاني - جلوز) - الهاتف : 08 08 39 09 65

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

\* RAPPORT D'ANALYSE\*

BAB DOUKKALA

2020/05/04 12:19

TOSOH

V01.20

NO: 0007 TB 0001 - 07

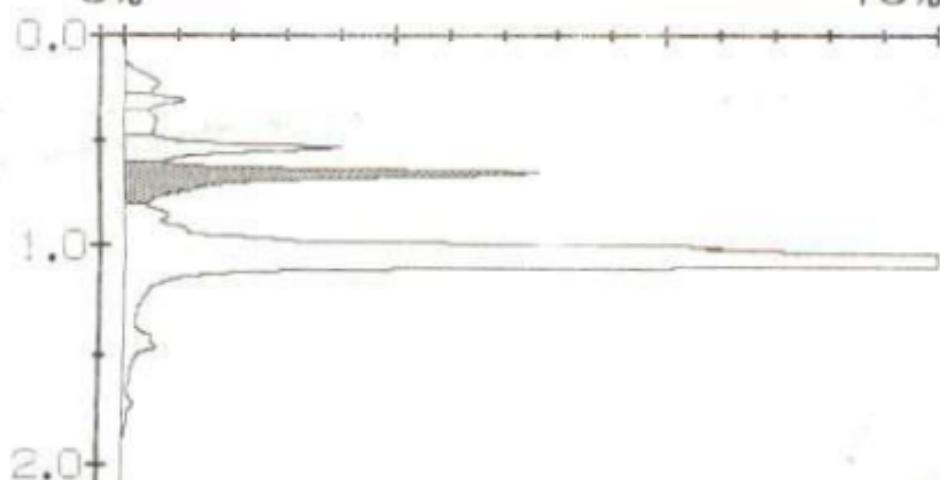
ID: 026-04E20

CAL(N) = 1.1151X + 0.5030

NOM	%	TEMPS	AIRE
FP	0.0	0.00	0.00
A1A	0.7	0.23	10.10
A1B	0.8	0.31	11.41
F	0.8	0.42	11.20
LA1C+	2.6	0.53	38.09
SA1C	7.7	0.66	94.39
A0	88.8	1.05	1305.24
		AIRE TOTALE	1470.43

**HbA1c** 7.7%  
IFCC 60 mmol/mol

HbA1 9.1 % HbF 0.8 %  
0% 15%



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 إنجائي خريج جامعات المستير و مونبلييه

داخلي سابق بمستشفيات مونبلييه

شهادة مهد 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)

026-04E20

Prélèvement du : 04/05/2020 à 10:23

Résultats édités le: 05/05/2020

Prescripteur: Docteur JAWHARI HOURIA

MME BOUSSETTA HALIMA

Dossier N° 19D132

Page: 1/2

BIOCHIMIE

HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE (HbA1c) .....: 7,70 % (\*) 4,00 à 6,00 %

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

Antécédent du 03/10/19 - 08:49 : 7,30 %

Excellent équilibre glycémique (DNID) .....: < 6,5 %

Excellent équilibre glycémique (DID) .....: < 7,0 %

Equilibre glycémique médiocre, action corrective suggérée....: 9 - 10 %

Mauvais équilibre glycémique, action corrective nécessaire....: > 10,0 %

CHIMIE DES URINES (Collecte de 24h)

Volume urinaire..... 1100 ml N: 750 à 1600 ml/24H

Antécédent du 03/10/19 - 08:49: 1400

Débit urinaire..... 0,76 ml/min

Antécédent du 03/10/19 - 08:49: 0,97

MICROALBUMINURIE..... 7,46 mg/L

8,21 mg/24h N: < 25 mg/24h

Remarque: Résultat sous réserve d'un bon recueil des urines de 24h.



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 إحيائي خريج جامعات المستير 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)

026-04E20

Prélèvement du : 04/05/2020 à 10:23

Résultats édités le: 05/05/2020

Prescripteur: Docteur JAWHARI HOURIA

MME BOUSSETTA HALIMA

Dossier N° 19D132

Page: 2/2

**EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES (E.C.B.U)**

**EXAMEN MACROSCOPIQUE**

Aspect.....	Clair
Couleur.....	Jaune foncé
Culot de centrifugation.....	Faible

**EXAMEN CHIMIQUE** (Bandelette: Urocolor™ 10 SD)

Albumine.....	Négatif	
Glucose.....	Négatif	
Corps cétoniques.....	Négatif	
Sang.....	Négatif	
Nitrites.....	Négatif	
pH.....	6,5	N: 4,6 - 6,6

**EXAMEN CYTOLOGIQUE** (Au microscope X 400)

Leucocytes.....	06 /mm³	N: < 10 /mm³
Hématies.....	< 1 /mm³	N: < 5 /mm³
Cellules épithéliales.....	Quelques	
Cristaux.....	Absence	
Cylindres.....	Absence	
Trichomonas vaginalis.....	Absence	
Levures.....	Absence	

**EXAMEN BACTERIOLOGIQUE** (Cultures sur Gélose Nutritive, Uriselect, Sabouraud C à 37°C)

Examen direct (Coloration Gram) ..	Négatif	
Numération des germes.....	< 1000 UFC/ml	N: < 1000 UFC/ml
Culture sur milieux sélectifs...	Négative	
Culture sur sabouraud.....	Négative	



Total de pages: 2



# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES BAB DOUKKALA

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

**Dr ESSAADI Moulay Ahmed - Pharmacien Biogiste**

*Diplômé 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

**FACTURE: 72377/2020**

Marrakech, le  
Nom et prénom  
Référence  
Médecin prescripteur

**04/05/2020**  
**MME BOUSSETTA HALIMA**  
**19D132**  
**Docteur JAWHARI HOURIA**

Acte de biologie demandé	Cotation (B)
Hb GLYCOSYLEE. HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE HBA1C	100
MICROALBUMINURIE	115
ECBU. EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES	140
Total du (B)	B 355
Prise de sang (PC)	0,00 DH
Montant en DH	395,00 DH

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

## LABORATOIRE BAB DOUKKALA

Bd. Prince My Abdellah, Imm. Bab Doukkala  
Bloc A. Appt N°04 (1er étage) Marrakech 40000  
Tél : 05 24 44 63 63 / 08 03 47 32 63  
E-mail : laboratoire.essaadi@gmail.com