

# 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.

## 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](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)

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- 067763  
ND: 30910  
☐ Optique

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Autres

### 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 ADHERENT

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 : .....



### RELEVÉ 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

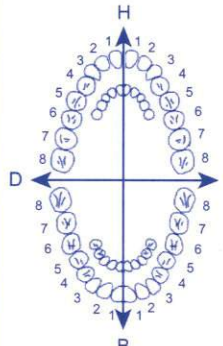
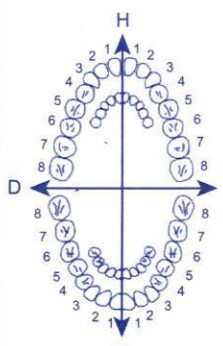
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### 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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H              25533412 21433552              00000000 00000000              D ————— G              00000000 00000000              35533411 11433553              B           </div> </div> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# 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
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux
	H	
	D	G
	25533412	21433552
	00000000	00000000
	00000000	Montant des soins
	35533411	11433553
(Création, Remont, adjonction)		Date du devis
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Fin de

Votre patient a été vu par le praticien	Votre patient a été vu par le praticien
---	---

VOLET ADHERENT		NOM: <u>Broussette Halima</u>	Mle: <u>00372</u>
DECLARATION N°		W18-344527	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
<u>29/06/20</u>	<u>881,00</u>	<u>08</u>	
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			



W18-344527

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle: <u>00372</u>
Nom & Prénom: <u>Broussette Halima</u>		
Fonction: <u>Représentant</u>	Phones: <u>0661208926</u>	
Mail: <u>Contact@gsm.ma</u>		

MEDECIN		Prénom du patient
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age	Date	<u>4/5/2020</u>
Nature de la maladie	Date 1ère visite	<u>28/8/2019</u>

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>Ce</u>	<u>2</u>	<u>980,00</u>

PHARMACIE	Date: <u>04/05/2020</u>
Montant de la facture	<u>236,10</u>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date: <u>04/05/2020</u>
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
<u>04/05/2020</u>	<u>395,00</u>	

AUXILIAIRES MEDICAUX		Date:
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

**LABORATOIRE BAB DOKKAL**  
 75-70 ASSIF  
 Tél: 06 24 44 63 63 / 08 08 47 32 63  
 E-mail: laboratoire.essadi@gmail.com

**Pharmacie KAMAL**  
 Lotissement BOUM  
 75-70 ASSIF  
 Tél: 06 24 44 63 63 / 08 08 47 32 63  
 E-mail: laboratoire.essadi@gmail.com

**I.N.P.E**  
 072035983

Docteur Houria O. Jawhary

Spécialiste

Dialytologie - Glandes endocrines  
Cholestérole - Obésité - Goitre  
Impuissances sexuelles - Maladies du sein  
Retards de croissance  
Nutrition

الدكتورة حورية أ. جوهري

اختصاصية

مراض السكري - مراض الغدد الهرمونية  
لسمنة - الكولسترول - الضعف الجنسي  
أمراض الثدي - نقصان النمو  
التغذية

Marrakech, le : 4/5/2020

Mme Boussetta Halima

Drum LM 60

7870  
93

1 p 4 5



Nolip 10

1 p 4 501

236.10 (3 mois)

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

213, شارع محمد الخامس رقم 11، الطابق الثاني - جليز - مراكش (عمارة الخطوط الملكية الجوية المغربية) - الهاتف : ع. 08 08 39 09 65 / 05 24 43 36 62

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

SERVIER MAROC

**DIAMICRON®** 60 mg

60 comprimés



6 118001 130153

78,70

SERVIER MAROC

**DIAMICRON®** 60 mg

60 comprimés



6 118001 130153

78,70

SERVIER MAROC

**DIAMICRON®** 60 mg

60 comprimés



6 118001 130153

78,70

Docteur Houria O. Jawahari

Spécialiste

Diabétologie - Glandes endocrines

Cholestérole - Obésité - Goitre

Impuissances sexuelles - Maladies du sein

Retards de croissance

Nutrition

الدكتورة حورية أ. جوهري

اختصاصية

أمراض السكري - أمراض الغدد الهرمونية

لسمنة - الكوليسترول - الضعف الجنسي

أمراض الثدي - نقصان النمو

التغذية

Marrakech, le :

4/05/2020

Mme B. Jawahari  
Docteur Houria O. Jawahari  
Spécialiste  
Diabétologie - Endocrinologie - Nutrition  
213, Av. Mohamed V, Appt. 11, 2ème Etage  
Guéliz - Marrakech (Imm. Royal Air Maroc)  
Tél : 05 24 43 36 62  
Halim

HSA C

مراجعة - G

ERBU

LABORATOIRE BAB DOUKKALA  
Bd. Prince Mohammed VI, Imm. Bab Doukkala  
310c A, Appt N° 04 (1er étage) Marrakech 40000  
Tél : 05 24 44 63 63 / 08 03 47 32 63  
Email : laboratoire.essadi@gmail.com

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

213, شارع محمد الخامس رقم 11, الطابق الثاني - جليز - مراكش (عمارة الخطوط الملكية الجوية المغربية) - الهاتف : ع. 08 08 39 09 65 / 05 24 43 36 62

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

N0: 0007 TB 0001 - 07

ID: 026-04E20

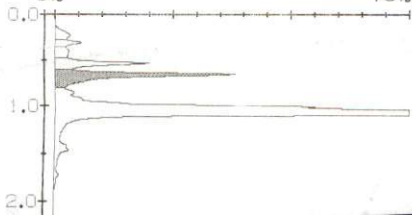
CAL(N) = 1.1151X + 0.5030

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
AO	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 إحيائي خريج جامعات المنستير و مونتيليه

داخلي سابق بمستشفيات مونتيليه

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

شهادة جامعية في المساعدة الطبية على الإنجاب (مونتيليه I)

شهادة جامعية في طب و بيولوجيا 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 المنستير و مونتيليه

داخلي سابق بمستشفيات مونتيليه

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

شهادة جامعية في المساعدة الطبية على الإنجاب (مونتيليه I)

شهادة جامعية في طب و بيولوجيا الإنجاب (باريس VI)

026-04E20

MME BOUSSETTA HALIMA

Dossier N° 19D132

Prélèvement du : 04/05/2020 à 10:23

Résultats édités le: 05/05/2020

Prescripteur: Docteur JAWHARI HOURIA

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 /mm <sup>3</sup>	N: < 10 /mm <sup>3</sup>
Hématies.....	< 1 /mm <sup>3</sup>	N: < 5 /mm <sup>3</sup>
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 Biologiste**

*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