

# 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.

M23-000272

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1845 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OUAKHCHIC CIFI SANAA

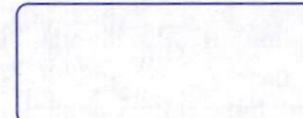
Date de naissance :

Adresse :

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

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté : ..... Nature de la maladie : .....



Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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) : .....

## Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

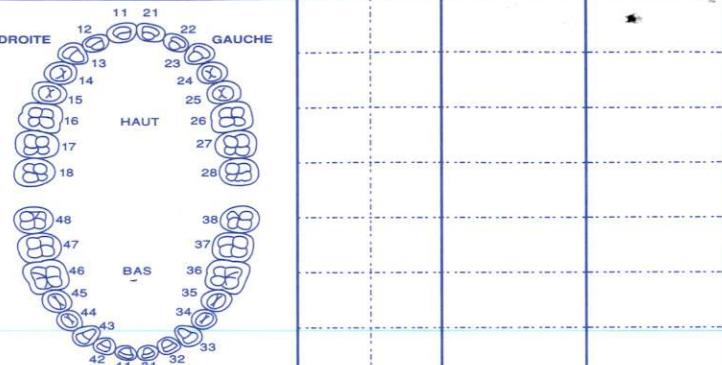
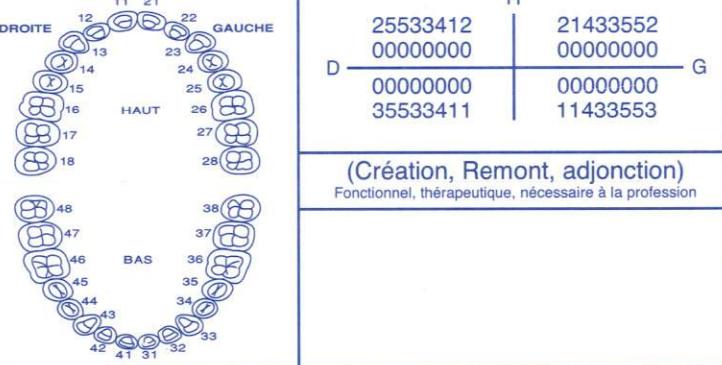
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

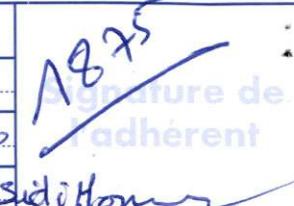
Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	<b>Coefficient des travaux</b> <b>Montant des soins</b> <b>Début d'exécution</b> <b>Fin d'exécution</b>									
				*										
DROITE	11 21 22 GAUCHE													
12	23 24 25 26 27 28													
13	38 37 36 35 34 33													
14 15 16 17 18	32 31 30 29 28													
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire		<b>Coefficient des travaux</b> <b>Montant des soins</b> <b>Date du devis</b> <b>Fin d'exécution</b>										
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">DROITE</td> <td style="width: 50%;">H</td> </tr> <tr> <td>12 13 14 15 16 17 18</td> <td>25533412 00000000</td> </tr> <tr> <td>HAUT</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>19 20 21 22 23 24 25</td> <td>00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td>BAS</td> <td>35533411 11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DROITE	H	12 13 14 15 16 17 18	25533412 00000000	HAUT	21433552 00000000	19 20 21 22 23 24 25	00000000 00000000	BAS	35533411 11433553
DROITE	H													
12 13 14 15 16 17 18	25533412 00000000													
HAUT	21433552 00000000													
19 20 21 22 23 24 25	00000000 00000000													
BAS	35533411 11433553													
<b>Visa et cachet du praticien</b> <b>attestant le devis</b>		<b>Visa et cachet du praticien</b> <b>attestant l'exécution</b>												

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N° <b>P 14/0027701</b>		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 1875	 <b>Signature de l'adhérent</b>
Nom & Prénom		OUAKHCHACHI SANAA	
Fonction	Phones	06 67 67 44 60	
Mail	HAY AL WALAH TR6 sec1 IM1 APP124 Sid i Hamra		
MEDECIN	Prénom du patient		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	
Nature de la maladie		Date 20/02/2013	
		Date 1ère visite	
<b>Pratiquant</b> S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
CS			2100 DH
<b>PHARMACIE</b> Montant de la facture		Date 20/02/2013	
		1383,20	
<b>ANALYSES - RADIOPHARMACIE</b> Date 20/02/2013			
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
		564,40	
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b> Date			
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
<b>CACHET</b>			

# Dr. Zineb BOULBAROUD

- Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie
- Nutrition et Maladies Métaboliques
- Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca



# الدكتورة زينب بولبرود

- اختصاصية في أمراض الغدد والسكري و التغذية و أمراض الزيست
- خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

Casablanca, le 20/02/2013

Que ouAKhlaachi SONAA

(390,00) x 3

1) gelius net 501.000 f.



14 x 2 10

an moli et tra

re drupes 23més

(57,80) x 3

2) Dr. Zineb BOULBAROUD  
Endocrinologue  
Tél: 05 22 71 77 80 / 05 50 17 51 41  
Frigidaire 1000 f.



39,80

3) Hepanat

Dr. Zineb BOULBAROUD  
Endocrinologue  
Nutritioniste  
Tél: 05 22 71 77 80 / 06 68 17 51 41



23més

1383,20

Dr. Zineb BOULBAROUD  
Endocrinologue  
Nutritioniste  
Tél: 05 22 71 77 80 / 06 68 17 51 41

N°29, Angle Bd. Mohamed Zefzaf et Bd. Abdellah Ibrahim

Résidence Anass, 1 er étage, Appt. N°2, Hay Al Walaâ - Attacharouk - Casablanca

05 22 71 77 80 - Urgences 06 68 17 51 41 [cabinet.drboulbaroud@gmail.com](mailto:cabinet.drboulbaroud@gmail.com)



6 118001 031092  
GALVUS-MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390.00 DH



6 118001 031092  
GALVUS-MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390.00 DH



6 118001 031092  
GALVUS-MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390.00 DH

LOT : 1106  
PER : 07/24  
PPV : 57,80 DH

LOT : 1106  
PER : 07/24  
PPV : 57,80 DH

LOT : 1106  
PER : 07/24  
PPV : 57,80 DH

هيبيانات  
قرص 20

A consommer de 39,00 DH  
préférence avant fin Lot : Y152G  
Lot n° Per : 06-2025

# Dr. Zineb BOULBAROUD

• Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie  
Nutrition et Maladies Métaboliques  
• Diplômée de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca

# الدكتورة زينب بولبرود



• اختصاصية في أمراض الغدد والسكري  
والتغذية وأمراض النيض  
• خريجة كلية الطب والصيدلة  
بالدار البيضاء

Casablanca, le 17/02/2023

H<sup>me</sup>

ALAKhawachi SANAA

- HbA1c
- Gfj
- C H Ptotol , T4 : LDL -
- Transf<sub>exos</sub> = APAT / AAT

Laboratoire Attacharouk  
d'Analyses Médicales et Biologiques 4  
Quartier El Oualaa N°4, Immeuble 4  
Tranche 6 Bd Med Zafaf Sidi Moumen  
Tél. : 05 22 72 80 84 - Casablanca

Dr. Zineb BOULBAROUD  
Endocrinologue  
Résidence Anass, 1<sup>er</sup> étage, Appt. N°2, Hay Al Walaâ - Attacharouk - Casablanca  
05 22 71 77 80 - Urgences 06 68 17 51 41 [cabinet.drboulbaroud@gmail.com](mailto:cabinet.drboulbaroud@gmail.com)

N°29, Angle Bd. Mohamed Zefzaf et Bd. Abdellah Ibrahim

Résidence Anass, 1<sup>er</sup> étage, Appt. N°2, Hay Al Walaâ - Attacharouk - Casablanca

05 22 71 77 80 - Urgences 06 68 17 51 41 [cabinet.drboulbaroud@gmail.com](mailto:cabinet.drboulbaroud@gmail.com)

# LABORATOIRE ATTACHAROUK D'ANALYSES MEDICALES

Quartier Al Oualaa, n°4, IMM 4, T6, bd Med Zefzaf TEL: 0522728084 FAX: 0522728484

Patente: 33033528 IF: 14449043 CNSS: 4215621 ICE: 001836817000004  
INPE: 093062016

Casablanca le 17 février 2023

Madame OUAKHCHACHI SANAA

FACTURE N°	1303	
Analyses :		
Exploration d'une anomalie lipidique -----	B	180
Glycémie (à jeûn) -----	B	30
Hémoglobine glycosylée -----	B	100
Transaminases GOT -----	B	50
Transaminases GPT -----	B	50
		Total : B 410
Prélèvements :		
Sang-----	Pc	1,5
TOTAL DOSSIER		564,40 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cinq Cent Soixante Quatre Dirhams et Quarante Centimes

LABORATOIRE ATTACHAROUK  
D'ANALYSES MEDICALES  
n°4, IMM 4, T6, bd Med Zefzaf  
Casablanca - Maroc  
Tél: 0522728084 / 06 61 64 33

**CABINET D'ENDOCRINOLOGIE-DIABETOLOGIE-NUTRITION ET  
MALADIES METABOLIQUES**

**Dr. Zineb BOULBAROUD**

Casablanca, le

26/4/2023

## **Certificat De Maladie De Longue Durée**

Je soussignée Dr.

Certifie que Mme/Mr :

Présente une maladie chronique, nécessitant un traitement et une prise

en charge de longue durée.

Ce certificat est délivré à l'intéressé (e) pour servir et valoir ce que de droit.

# Laboratoire Attacharouk d'analyses Médicales et Biologiques

## مختبر التشارك للتحاليلات الطبية والبيولوجية

Biochimie - Bactériologie - Hématologie - Immunologie - Hormonologie

Sérologie - Parasitologie - Mycologie - Virologie

Docteur Raja Ouarid

Médecin Biologiste

Diplômée de la Faculté de  
Médecine de Casablanca



الدكتورة رجاء وريد

طبيبة أخصائية في

التحاليلات الطبية

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

Dossier ouvert le : 17/02/23

Prélèvement effectué à 10:28

Edition du : 20/02/23

Madame OUAKHCHACHI SANAA

Né (e) le: 15/03/1966

Docteur ZINEB BOULBAROUD

Réf. : 23B27C

Page : 1/1

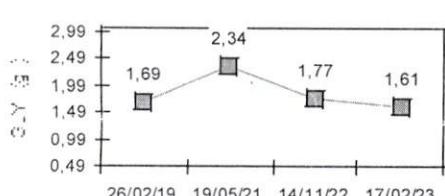
Compte Rendu d'Analyses

LABORATOIRE ATTACHAROUK  
D'ANALYSES MÉDICALES  
Dr. Raja Ouarid  
N°1, TR 6 Bd Med Zafzaf Sidi Moumen  
Casablanca - Tel: 05 22 72 80 84

### BIOCHIMIE SANGUINE

#### EXPLORATION D'UNE ANOMALIE LIPIDIQUE (EAL)

Aspect du sérum	:	Clair	Normales	Antériorités
			14/11/22	
<b>Cholestérol Total</b>	:	<b>1,51</b> g/l	< 2,2	2,41
	Soit :	3,89 mmol/l	< 5,67	6,21
<b>Cholestérol HDL</b>	:	<b>0,49</b> g/l	> 0,4	0,47
	Soit :	1,26 mmol/l	> 1,03	1,21
<b>Cholestérol LDL</b>	:	<b>0,79</b> g/l	< 1,5	1,59
	Soit :	2,04 mmol/l	< 3,87	4,1
<b>Triglycérides</b>	:	<b>1,14</b> g/l	< 1,5	1,73
	Soit :	1,3 mmol/l	< 1,71	1,97
<b>Glycémie à jeûn</b>	:	<b>1,61</b> * g/l	0,7 - 1,1	1,77
	Soit :	8,94 mmol/l	3,89 - 6,11	9,82



Dates d'antériorités

<b>Hémoglobine glycosylée HbA1C</b> (HPLC)	:	<b>8,50</b> * %	4,8 - 6	9,40
-----------------------------------------------	---	-----------------	---------	------

Sujet normoglycémique: 4 à 6 % de l'hémoglobine totale.

Sujet diabétique équilibré: objectif ciblé autour de 6,5 %.

<b>Transaminases ASAT (GOT)</b>	:	<b>12</b> UI/l	< 40	10
<b>Transaminases ALAT (GPT)</b>	:	<b>15</b> UI/l	< 40	12