

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 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 à caractère personnel.

M22- 0024769

167896

Optique

Autres

Maladie

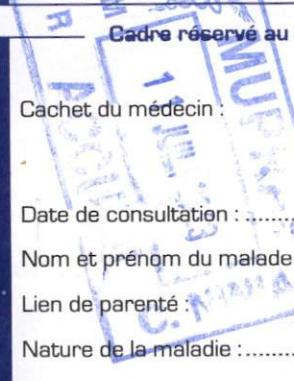
Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	4153 ECRY	Société :	2153
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Mohamed
Nom & Prénom :		ELBYAR	
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :		06 68 85 25 19 Total des frais engagés :	

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

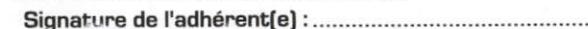
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/	/	
Nom et prénom du malade :			
EZZEDINE MOHAMED Age:			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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) : 

RELEVE 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
03/07/23	CD		2000A	Jihad Zefzef Anas 22/01/07/07

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE SALIHA DR. LACHAAL NORDINE Sidi Mounen Tél: 05 22 70 08 41</i>	<i>3/07/03</i>	<i>PHARMACIE SALIHA DR. LACHAAL NORDINE Sidi Mounen Tél: 05 22 70 08 41 FASA - Tel: 05 22 70 08 41 326190</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Laboratoire Attac: Services Médicaux et Techniques Dénomination: Sidi Mounib Casablanca Signature: Sidi Mounib	03/07/23	R4 Lambam F.I.P	3000H. 473,49

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
				COEFFICIENT DES TRAVAUX								
				MONTANTS DES SOINS								
				DEBUT D'EXECUTION								
				FIN D'EXECUTION								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<p>H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table> <p>D B G</p>				25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
25533412	21433552											
00000000	00000000											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>											
				COEFFICIENT DES TRAVAUX								
				MONTANTS DES SOINS								
				DATE DU DEVIS								
				DATE DE L'EXECUTION								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RHUMATOLOGUE

Maladies des Os, articulations,
Colonne vertébrale et la Goutte
Echographie ostéo-articulaire
Rhumatologie interventionnelle



أخصائية في أمراض الروماتيزم
أمراض العظام والمفاصل،
والروماتيزم، العمود الفقري،
الهشاشة والنقرس.
الفحص بالصدى

03 juillet 2023

RHS

Mr. EL BYAR Mohammed

BREXIN 20 MG CP NON EFFERVESCENT

1 cp / jour pdt 15 jours

TRACET CP

1 cp/jour le soir pdt 15 jours

VITANEVRIL FORT

(28,15)x4 2cp x 2 /Jour pdt 1mois (4 boites)

PRAZOL 20 MG

1 gel/ J a jeun pendant 15 jours

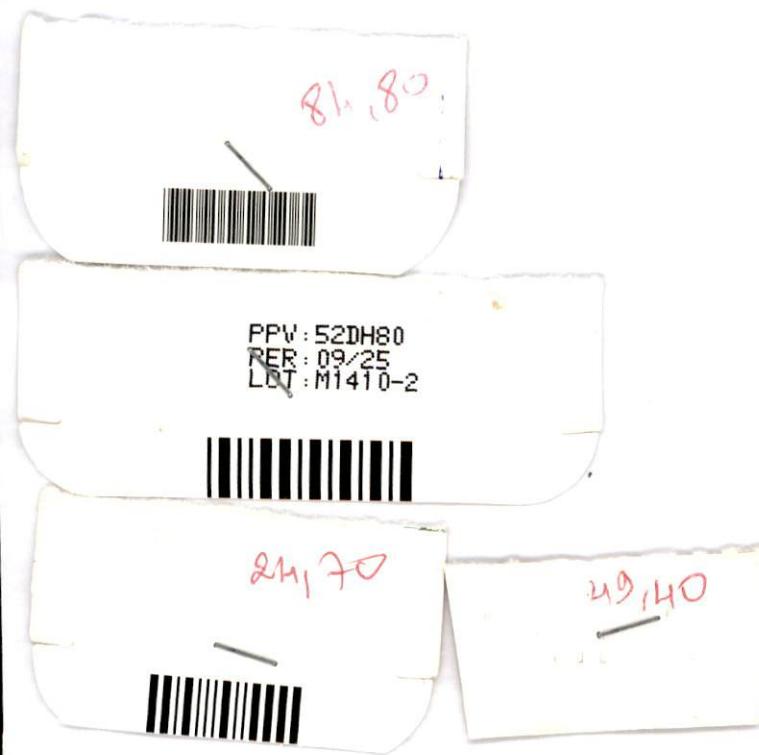
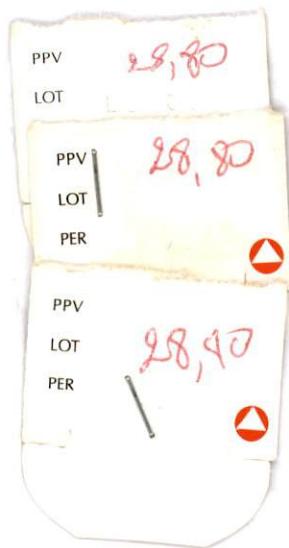
AMEP 5 MG

1 cp/ jour pendant 1 mois

Tél : 05 22 01 07 07 -Gsm : 06 10 55 57 57 - E-mail : Jihane.sekkat@gmail.com

المجمع الطبي أناسي: 8 التسلام 1. شارع محمد الرفقي إقامة بوعا ش 17 الطابق 3 . (قرب بريد المغرب حي أناسي) - سيدى مومن - الدار البيضاء

Complexe Médicale Anassi : Bd Med ZAFZAF, Rsd RYM 1, N° 8, Etg 3 , N° 17, Anassi - Casablanca



RHUMATOLOGUE

Maladies des Os, articulations,
Colonne vertébrale et la Goutte
Echographie ostéo-articulaire
Rhumatologie interventionnelle



ة في أمراض الروماتيزم
العظام والمفاصل.
أيذم، العمود الفقري،
شدة والنقرس.
بن بالصدى

03 juillet 2023

MR. EL BYAR MOHAMMED

Analyses :

NFS

Glycémie à jeun / Hb glyquée

Urée/ créatinine

GOT + GPT +G GT

*Laboratoire Attacharouk
d'Analyses Médicales et Biologiques
Quartier El Oualaa N°4, Immeuble 4
Tranche 6 Bd Med Zafaf Sidi Mamer
TEL : 05 22 01 07 07*

*SEKKAT Jihane
Rhumatologue
Bd Med Zafaf Anassi
Tél. : 05 22 01 07 07*

Tél : 05 22 01 07 07 -Gsm : 06 10 55 57 57 E-mail : Jihane.sekkat@gmail.com

asaki:8 السلام .شارع محمد الزفزاف إقامة ريم 1 ش 17 الطابق 3 .(قرب بريد المغرب حي أناسي) - سيدى مومن - الدار البيضاء
Complexe Médicale Anassi : Bd Med ZAFZAF, Rsd RYM 1, N° 8, Etg 3 , N° 17, Anassi - C

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 4 juillet 2023

Monsieur EL BYAR MOHAMMED

CN

FACTURE N°	5894
------------	------

Analyses :

Numération formule sanguine -----	B	80	
Glycémie (à jeûn) -----	B	30	
Hémoglobine glycosylée -----	B	100	
Urée -----	B	30	
Créatinine -----	B	30	
Gamma -G.T. -----	B	50	
Transaminases GOT -----	B	50	
Transaminases GPT -----	B	50	Total : B 420

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5
-----------	----	-----

TOTAL DOSSIER	473,49 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre Cent Soixante Treize Dirhams et Quarante Neuf Centimes

Laboratoire Attacharouk
d'Analyses Médicales et Biologique
Quartier El Oualaa N°4, Immeuble 4
Tranche 6 Bd Med Zefzaf Sidi Moumen
Tél. : 05 22 72 80 84 : C955

Le 03/07/2023

Nom : Mr. EL BYAR Mohammed

Radiographie lombaire F/P

- Lombarthrose étagée avancée
- Respect de la statique
- Respect du mur postérieur
- Respect de la hauteur des vertèbres

Note d'honoraire : 300 DH (Trois cent Dirhams)

Dr. S. EIKAT Jihane
Rhumatologue
8, Bd. Tizi Ouzou
Tél. : 05 22 01 07 07

Laboratoire Attacharouk d'analyses Médicales et Biologiques

مختبر التشارك للتحاليلات الطبية والبيولوجية

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 : 04/07/23

Prélèvement effectué à 10:34

Edition du : 04/07/23

Monsieur EL BYAR MOHAMMED

Né (e) le: 03/04/1949

Docteur JIHANE SEKKAT

Réf. : 23G64

Page : 1/2

Compte Rendu d'Analyses

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

GLOBULES ROUGES

			Normales
Hématies	:	4,80	M/mm ³
Hémoglobine	:	14,9	g/dl
Hématocrite	:	44	%
- V.G.M.	:	92	μ ³
- T.C.M.H.	:	31	pg
- C.C.M.H.	:	34	g/dl

GLOBULES BLANCS

Numération des leucocytes	:	8 500	/mm ³	4000 - 10000
Formule leucocytaire				
Polynucléaires Neutrophiles	:	56,5	%	
Soit :		4 803	/mm ³	1500 - 7000
Polynucléaires Eosinophiles	:	1,0	%	
Soit :		85	/mm ³	< 500
Polynucléaires Basophiles	:	0,9	%	
Soit :		77	/mm ³	< 100
Lymphocytes	:	36,6	%	
Soit :		3 111	/mm ³	1500 - 4000
Monocytes	:	5,0	%	
Soit :		425	/mm ³	200 - 1000

PLAQUETTES

Résultat	:	288 000	/mm ³	150000 - 400000
----------	---	---------	------------------	-----------------

BIOCHIMIE SANGUINE

Glycémie à jeûn

	:	1,21 * g/l	Normales
Soit :		6,72 mmol/l	0,7 - 1,1 3,89 - 6,11

LABORATOIRE ATTACHAROUK
D'ANALYSES MEDICALES
N°1 TR 6 Bd Med Zafaf, Sidi Moumen
Tél. : 05 22 72 80 84 - GSM : 06 61 64 19 33 - Fax : 05 22 72 84 84 - E-mail : labo.attacharouk@gmail.com

N°4 Tranche 6, Bd Med Zafaf, (Station Tram Okba Ibn Nafii), Sidi Moumen - Casablanca

• Tél. : 05 22 72 80 84 GSM : 06 61 64 19 33 • Fax : 05 22 72 84 84 • E-mail : labo.attacharouk@gmail.com

Patente : 33033528 - I.F : 14449043 - C.N.S.S : 4215621 - I.C.E : 00183681700004 - I.N.P.E : 093062016

Laboratoire Attacharouk d'analyses Médicales et Biologiques

مختبر التشارك للتحاليلات الطبية والبيولوجية

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 : 04/07/23

Prélèvement effectué à 10:34

Edition du : 04/07/23

Monsieur EL BYAR MOHAMMED

Né (e) le: 03/04/1949

Docteur JIHANE SEKKAT

Réf. : 23G64

Page : 2/2

Compte Rendu d'Analyses

Normales

Hémoglobine glycosylée HBA1C (HPLC)	:	7,20 * %	4,8 - 6
--	---	----------	---------

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

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

Urée	:	0,33	g/l	0,15 - 0,45
	Soit :	5,5	mmol/l	2,5 - 7,5
Créatinine	:	12,0	mg/l	7 - 13
	Soit :	106	μmol/l	62 - 115
Gamma G.T.	:	26	UI/l	< 55
Transaminases ASAT (GOT)	:	13	UI/l	< 40
Transaminases ALAT (GPT)	:	10	UI/l	< 45

LABORATOIRE ATTACHAROUK
D'ANALYSES MEDICALES
Dr. Raja OUARID
N°1, TR 6 Bd Med Zafzaf Sidi Moumen
Casablanca - Tél. 05 22 72 80 84