

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

tions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

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

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1132

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHEDDADI Hassan

Date de naissance : 24-8-51

Adresse : 35 Lot Salgabila Rte d'Agemour Casa
Afia

Tél. : 0661311452

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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

Nom et prénom du malade :

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 : Casa

Le : 11.10.19

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODT.

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-394010	
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		



W18-39401C

DATE DE DEPO

31/9/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 1132		
Nom & Prénom CHEDDADI Hassan				
Fonction : Retraite	Phones 0661311452			
Mail SICHE HASSAN @ GMAIL.COM				
MEDECIN	Prénom du patient HASSAN			
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 1960	Date 29/07/19
Nature de la maladie Bichelli + Alet Myriam		Date 1ère visite		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
		250		
PHARMACIE	Date 29.07.2019			
Montant de la facture 254,80		12		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date 1108/19		
Désignation des Coefficients 33%	Montant détaillé des Honoraires 494,00			
AUXILIAIRES MEDICAUX Date :				
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	

Docteur Otman TAZI

Ancien Médecin Interne des Hôpitaux de Toulouse-France au Service
d'Endocrinologie et Maladies Métaboliques

Diplôme en Pathologie Hypothalamo Hypophysaire

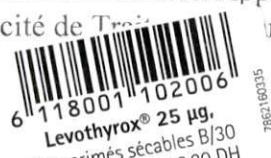
Diplôme en Diabétologie

Diplôme en Nutrition Appliquée

Capacité de Travail à l'Institut Pompe à Injektion

Diplôme en Diabétologie

Habitant à Casablanca



6118001102006

Levothyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

1862160315

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

Docteur Otman TAZI

Ancien Médecin Interne des Hôpitaux de Toulouse-France au Service
d'Endocrinologie et Maladies Métaboliques

Diplôme en Pathologie Hypothalamo Hypophysaire

Diplôme en Diabétologie

Diplôme en Nutrition Appliquée

Capacité de Traitement par Pompe à Insuline

Diplôme en Echographie

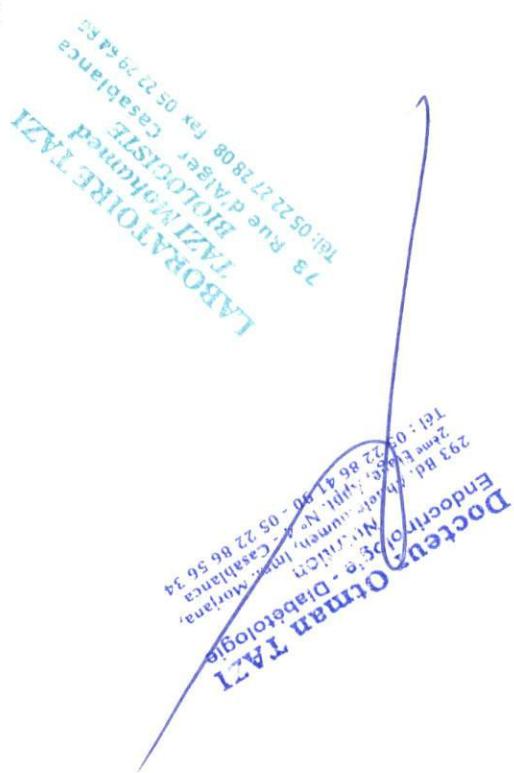
Holter Glycémique

Casablanca le, 29/07/2019

Mme CHEDDADI Hayat

TSH us

HbA1c



LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

78, Rue d'Alger - CASABLANCA

Tél. : 0522 27 28 08 - 27 53 88 - 27 52 39 . Fax : 0522 29 64 86

I.F. 40 30 32 50 ICE 001656516000089 INPE: 093001246



T.P : 35 504 101 - CNSS : 1121946 - R.C. : 187112 01

Casablanca le 10 septembre 2019

Madame ZEMMOURI EP CHEDDADI HAYAT

FACTURE N°	297846	
Analyses :		
Chimie : Hémoglobine glyquée -----	B	100
Hormono : Thyreostimuline (TSH us) -----	B	250
Total : B 350		
Prélèvements :		
Sang-----	Pc	1,5
TOTAL DOSSIER		494,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre Cent Quatre vingt Quatorze Dirhams

LABORATOIRE TAZI
TAZI BILOGISTE
73 Rue d'Alger Casablanca
Tel: 0522 27 28 08 Fax: 0522 29 64 86



مختبر التازي للتحاليلات الطبية

LABORATOIRE TAIZI D'ANALYSES MEDICALES

TAZI MOHAMED



TAZI KARIM

PHARMACIENS BIOLOGISTES - DIPLOMES D'ETUDES SPECIALES DE BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE,
HEMATOLOGIE, BACTERIOLOGIE ET VIROLOGIE

Madame ZEMMOURI EP CHEDDADI HAYAT

Réf. : 19H54

Examen du 01/08/19 - Edité le 01/08/19

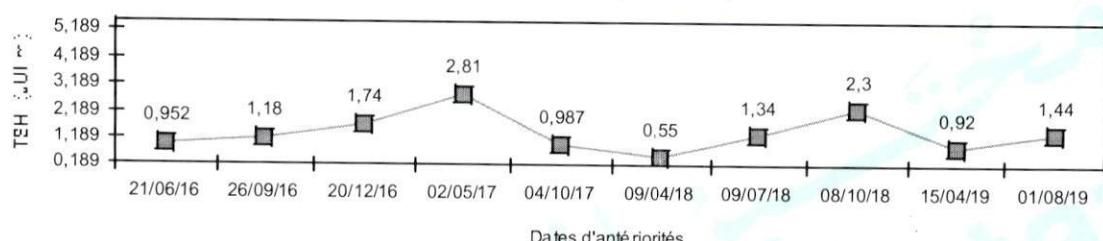
Page : 1/1

ANALYSESRESULTATSUNITESNORMALES ANTECEDENTS**BIOCHIMIE (AUTOMATE ROCHE COBAS 6000)**

HEMOGLOBINE GLYQUEE - Hb A1 C - ----- 7,1 % 15/04/19
4 - 6,3 7,6

HORMONOLOGIE (CHIMILUMINESCENCE COBAS 6000)

TSH Ultra - sensible ----- 1,440 µUI/ml 0,27 - 4,21 0,920



LABORATOIRE TAIZI
 TAZI Karim
 BIOLOGISTE
 18, Rue d'Algier - Casablanca
 Tel: 0522 27 28 08 - 0522 27 53 88 - 0522 47 35 79 - FAX: 0522 29 64 86
 TP: 35 504 101 - IF: 40303250 - RC: 187 112 - ICE: 001656516000089 - Site web: www.labotazi.ma - mail: labo-tazi@yahoo.fr

Glucophage® 1000 mg

Comprimé pelliculé

Metformine chlorhydrate

28,00



Glucophage® 1000 mg

Comprimé pelliculé

Metformine chlorhydrate

28,00



Voie orale

30 Comprimés pelliculés

Merck Serono

مكوفاج® 1000 مغ
دروهيدرات الميتفورمين

فرص متف

عن طريق الفم

مكليوفاج® 1000 مغ
كلورهيدرات الميتفورمين

30 قرص متف

عن طريق الفم

Glucophage® 1000 mg

Comprimé pelliculé

Metformine chlorhydrate

28,00



Glucophage® 1000 mg

Comprimé pelliculé

Metformine chlorhydrate

28,00



Voie orale

30 Comprimés pelliculés

Merck Serono

مكوفاج® 1000 مغ
دروهيدرات الميتفورمين

فرص متف

عن طريق الفم

مكليوفاج® 1000 مغ
كلورهيدرات الميتفورمين

30 قرص متف

عن طريق الفم

Glucophage® 1000 mg

Comprimé pelliculé

Metformine chlorhydrate

28,00



Glucophage® 1000 mg

Comprimé pelliculé

Metformine chlorhydrate

28,00



Voie orale

30 Comprimés pelliculés

Merck Serono

مكوفاج® 1000 مغ
دروهيدرات الميتفورمين

فرص متف

عن طريق الفم

مكليوفاج® 1000 مغ
كلورهيدرات الميتفورمين

30 قرص متف

عن طريق الفم