

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



Déclaration de Maladie
N° P19-0029570

Informations 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.

Prothèse 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 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

☒ 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 Salabilla Rd d'Aggour Casa Agg

Tél. : 0661311452 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 : Casa

Le : 1 / 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 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																
				Coefficient des travaux																
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient mastocatoire			Montant des soins																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				Date du devis
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction)			Fin de																	
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																				

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		

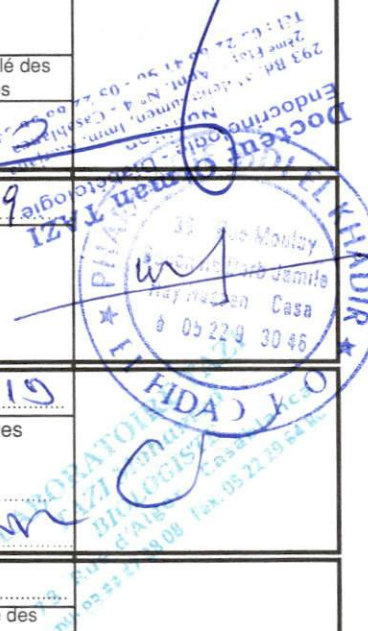


W18-394010

DATE DE DEPOT

31/09/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 1132
Nom & Prénom		CHEDDADI Hassan
Fonction :	Retraite	Phones 0661311452
Mail		SICHEHASSAN@GMAIL.COM
MEDECIN	Prénom du patient	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date
1966		29/07/19
Nature de la maladie		Date 1ère visite
Bichet + Allot Myrte		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
P		250,20
PHARMACIE	Date 29.07.2019	
Montant de la facture	254,80	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES	Date 01/08/19	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
B316	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 Traitement de la Pompe à Insuline

Dip

Hoh

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg.
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg.
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

611 800110202 0
Levothyrox® 100 µg.
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

611 800110202 0
Levothyrox® 100 µg.
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

611 800110202 0
Levothyrox® 100 µg.
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

Casablanca le, 29/07/2019

Mme CHEDDADI Hayat

28,10 x 6

GLUCOPHAGE 1000 mg

1 comprimé, matin et soir au milieu ou après repas (pendant 03 mois)

24,10 x 3

LEVOTHYROX 112,5 µg par jour soit :

6,80 x 2

Lévothyrox 100 µg : 1 comprimé + Lévothyrox 25 µg : 1/2 comprimé le matin à jeun (pendant 03 mois)

T = 254,80



Docteur Otman TAZI
Endocrinologue - Diabétologue
Nutritionniste
293 Bd. Abdelmoumen, Imm. Marjana,
2ème Etage, App. N°4 - Casablanca
Tél : 05 22 86 41 90 - 05 22 86 56 34

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 Glycemique

Casablanca le, 29/07/2019

Mme CHEDDADI Hayat

TSH us

HbA1c

LABORATOIRE TAZI
BIOLOGISTE
TAZI Mohamed
73 Rue d'Alger Casablanca
Tél: 05 22 27 28 08 fax 05 27 29 54 53

Docteur Otman TAZI
Endocrinologue - Diabétologue
293 Bd. Abdelmoumen, Imm. Marjana,
2ème Etage, Appt. N°4 - Casablanca
Tél : 05 22 86 41 90 - 05 22 86 56 34
M. Otman TAZI

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-----	Pe 1,5
TOTAL DOSSIER	
494,00 DH	

Arrêtée la présente facture à la somme de :
Quatre Cent Quatre vingt Quatorze Dirhams

LABORATOIRE TAZI
TAZI Mohamed
BIOLOGISTE
78 Rue d'Alger Casablanca
Tél: 05 22 27 28 08 Fax: 05 22 29 64 86



TAZI MOHAMED

مختبر التازي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

NF EN ISO 9001:2008

ASCII

CERTIFICAT MA-2015-XIV

QUALITEM

www.ascii-qualitem.fr

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

ANALYSES

RESULTATS

UNITES

NORMALES

ANTECEDENTS

BIOCHIMIE (AUTOMATE ROCHE COBAS 6000)

HEMOGLOBINE GLYQUEE - Hb A1C - -----

7,1 %

4 - 6,3

15/04/19

7,6

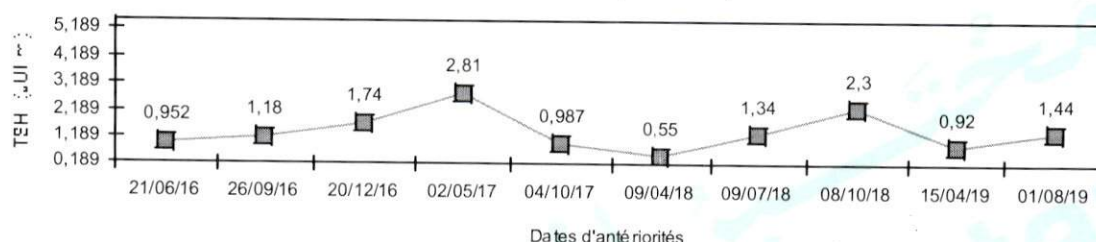
HORMONOLOGIE (CHIMILUMINESCENCE COBAS 6000)

TSH Ultra - sensible -----

1,440 μ UI/ml

0,27 - 4,21

0,920



laboratoire tazi

LABORATOIRE
TAZI Karim
BIOLOGISTE
78, RUE D'ALGER - Casablanca
T : 0522 27 53 88 - F : 0522 29 64 86
E : 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

بىكوفاج 1000 مع

كلور هيدرات الميتفورمين

عن طريق الفم

30 قرص مغلف

تلىكوفاج 1000 مع

كلور هيدرات الميتفورمين

عن طريق الفم

30 قرص مغلف

Glucophage® 1000 mg

Comprimé pelliculé

Metformine chlorhydrate

28,00



Glucophage® 1000 mg

Comprimé pelliculé

Metformine chlorhydrate

28,00



Merck Serono

Voie orale

30 Comprimés pelliculés

بىكوفاج 1000 مع

كلور هيدرات الميتفورمين

عن طريق الفم

30 قرص مغلف

تلىكوفاج 1000 مع

كلور هيدرات الميتفورمين

عن طريق الفم

30 قرص مغلف

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

بىكوفاج 1000 مع

كلور هيدرات الميتفورمين

عن طريق الفم

30 قرص مغلف

تلىكوفاج 1000 مع

كلور هيدرات الميتفورمين

عن طريق الفم

30 قرص مغلف