

# 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.

## Diagnostique 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](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- 049200

ND: 39097

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0201 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BADIANE Abdellah

Date de naissance : 11/11/47

Adresse : IDEM

Tél. : IDEM Total des frais engagés : 540,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/08/2021

Nom et prénom du malade : N-6001205 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 : Casablanca Le : 12/08/2021

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
21/06/11				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/08/11	20,80 259,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	22/08/10	520	260,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# 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													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

# 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, 13/08/2020

Mr BADRANE Abdelhak

20,5043.  
28,0046  
THYROZOL 5 mg

1 comprimé le matin (pendant 03 mois)

GLUCOPHAGE 1000 MG

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

6 118001 103058  
Thyrozol 5mg Comprimé  
pelliculé sécable, Boîte de 30  
PPV : 30,50 Dhs  
Pharmacien Responsable:  
Amina DAOUDI  
PPV : 30,50 Dhs  
Pharmacien Responsable:  
Amina DAOUDI  
PPV : 30,50 Dhs  
Pharmacien Responsable:  
Amina DAOUDI



PHARMACIE BAKT DE L'OASIS  
DR. EDHOUBI Hicham  
152 Bd. Route de Poiss  
CASA-ANFA-Tel. (02) 99.02.8

Dr. Otman TAZI  
Endocrinologie - Diabétologie  
Nutrition  
293 Bd. Abdelmoumen, Imm. Marjana,  
2ème Etage, App. N°4 - Casablanca  
Tel : 05 22 86 41 90 - 05 22 86 56 34

To 259,50





# PHARMACIE GARE DE L'OASIS

152 bis ROUTE DE L'OASIS

Docteur en pharmacie

R.C :286850

Patente:34751238

T.V.A :

C.N.S.S:5786774

Tél :0522-99-02-84 /

Le 04/09/2020

**FACTURE N°294873**

N° ICE : 000449140000063

N° IF : 42304033

<CLIENT DE PASSAGE>

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	GLUCOPHAGE 500 MG 50 CPS	20,80	20,80		
<div><div>PHARMACIE GARE DE L'OASIS Dr. EDDOUBI Hisham 152 Bis, Route de l'Oasis CASA-Anfa-Tel:0522-99.02.84</div><div>20,80</div><div>TOTAL T.T.C : 20,80</div></div>					

Nbr Articles

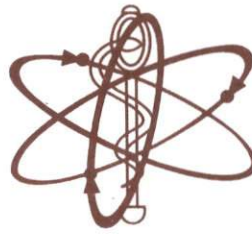
TVA 7% Base :

Montant :

TVA 20% Base :

Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Vingt Dirhams et 80 centimes.



Mr Abdelhak BADRANE

Né(e) le : 01-01-1947

Dossier N° : 2008220083

Date de l'examen : 22-08-2020

Prélevé le : 22-08-2020 10:35 en interne

Edité le : 24-08-2020

DR :

Adresse :

Page 1 / 1



ACCREDITATION  
N° 8-3245  
Portée disponible sur  
www.cofrac.fr

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].

### BILAN THYROIDIEN

échantillon primaire : sérum

14-07-2020

**TSHus [AC]**

0.99  $\mu$ UI/ml

(0.27-4.20)

0.30

((Chimiluminescence – COBAS 6000® Roche))

Changement de technique et de valeurs normales à partir 24/07/2017.



# 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, 13/08/2020

Mr BADRANE Abdelhak

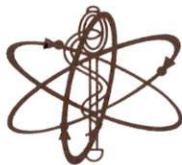
TSH us



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

# Anoual

Laboratoire de Biologie medicale  
Genetique moleculaire  
Radio immuno-analyse  
Diagnostic Prenatal  
Biologie de la Reproduction



## مختبر أنوال

**Docteur Jamal FEKKAK**

Radio-biologiste  
Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris  
Diplômé de l'Université Paris VII  
et de l'Institut Pasteur de Paris  
Biologiste Qualiticien

**FACTURE N° 2008220083**

Mr Abdelhak BADRANE

Demande N° 2008220083

Date de l'examen : 22-08-2020

Analyses :

### Récapitulatif des analyses

CV	Analyse	Unité	Résultat
	TSHus	3200	1

Total des B : 200

TOTAL DOSSIER : 260 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cent soixante  
dirhams: DH



**Il est Strictement Interdit de Changer les Noms,  
Prénoms et les Dates des Analyses.**