

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 canaux, 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 canaux.

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



ND: 14266

Déclaration de Maladie : N° P19- 0013695

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3175 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Veuve
Nom & Prénom : Taki Khaddouj Date de naissance : 01-01-1960
Adresse : 8 Rue 4 Sidi Maarouf 3
Tél. : 05 22 25 38 68 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22

Nom et prénom du malade : Taki Khaddouj Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection longue durée

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.




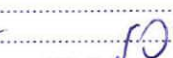
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : / /

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 |
| 22/11/19 | | | | <p>Docteur Otman TAZI Endocrinologie - Diabétologie Nutrition 293 Bd. Abdelmoumen, Impt. Morjana, 2ème Etage, Appt. N° 10 Casablanca Tél : 05 22 86 41 90 - 05 22 86 56 34</p> <p>Otman TAZI Diabétologie</p> |
| 29/11/19 | | | | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|---|--|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | <p>293 Bd. Abdelmoumen, Imme. Morjana, 2ème Etage, Appt. N° 4 Casablanca Tél : 05 22 86 56 34</p> <p>Important de la Facture</p> |
|  |  |   |

[illegible][illegible][illegible]

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 l'OD

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'OC

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

| | | |
|----------|---|----------|
| | H | |
| 25533412 | | 21433552 |
| 00000000 | | 00000000 |
| D | | G |
| 00000000 | | 00000000 |
| 35533411 | | 11433553 |
| | B | |

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

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, 22/11/2019

Mme BEHILI TAKI Khaddoui

1340 X 6

LÉVOTHYROX 50

1 comprimé le matin à jeun (pendant 06 mois)

REDLIP 20 mg

1 comprimé le soir (pendant 06 mois)

9760
84

PHARMACIE NASSER
DR. H. ZARHLOULE
El Fida Casablanca
Tel.: 05 22 28 02 26

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

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

Redlip® 20
30 Comprimés pelliculés
6 118000 420286

Redlip® 20
30 Comprimés pelliculés
6 118000 420286

Redlip® 20
30 Comprimés pelliculés
6 118000 420286



FACTURE N° 1911263024
LABORATOIRE CASALAB PALMIER

Casablanca le 26-11-2019

INPE : 093002574

Mme Khadija BEHILI

Demande N° 1911263024

Date d'examen : 26/11/2019

Récapitulatif des analyses

| CN | Analyse | Val | Clefs |
|-------|----------------------|------|-------|
| PSA-A | Prise de sang Adulte | E25 | E |
| 0163 | TSH | B250 | B |

Total des B : 250

Arrêtée la présente facture à la somme de : * **387.50 DH** *
trois cent quatre-vingt-sept dirhams cinquante centimes



C

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, 22/11/2019

Mme BEHILI TAKI Khaddouj

TSH us

Mme BEHILI Khadija
F 01-01-1960
1911263024



SUR ORDONNANCE
TAZIO

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





Dossier N° : **1911263024** Patient N° : 1212243043

Résultats de **Mme Khadija BEHILI**

Né(e) le : 01/01/1960 - 59 ans

N° CIN :

SIDI MAAROUF ZANKA 4 DAR-8
20000 CASABLANCA

0.00

Monsieur Le Dr OTMAN TAZI

(Endocrino)

293 Bd Abdelmoumen, Im Marjana
20000 CASABLANCA

Edition du : 29-11-2019 à 10:31

Dossier enregistré le 26-11-2019 08:33 par ZK

Prélèvement du à par

< Compte-rendu complet validé techniquement par : ZK >

Cher confrère, nous vous remercions de votre confiance, et nous vous transmettons les résultats de votre patient.

BILAN ENDOCRINIEN

TSH

(Electrochimiluminescence ECLIA sur COBAS 6000)

3,12 mUI/L

(0,27-4,20)

10/05/2019

2,27

Valeurs de référence selon diagnostic -roche :

Adultes : 0.27 à 4.2 mUI/L

Enfants :

0j à 6j : 0.70 à 15.2 mUI/L

6j à 3 mois : 0.72 à 11.0 mUI/L

3 à 12 mois : 0.73 à 8.35 mUI/L

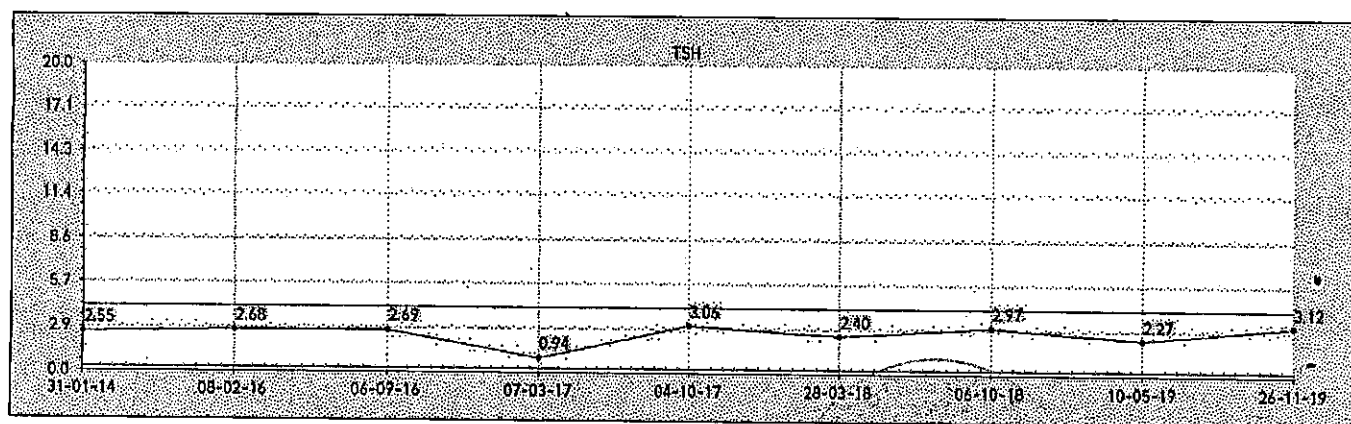
1 à 6ans : 0.70 à 5.97 mUI/L

6 à 11ans : 0.60 à 4.84 mUI/L

11 à 20 ans : 0.51 à 4.30 mUI/L

Femmes enceintes : < 2 mUI/L

NB : La TSH s'abaisse au cours des 3 premiers mois de grossesse.



Validation biologique par : Le Dr M. JENANE Dr K. OUZZANI Le Dr M. BEZZARI

Dossier n° 1911263024 - Mme Khadija BEHILI

1 / 1

