

# 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.

## Diagnostic 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractères 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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0040318

ND=30680

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2344 Société : .....

☒ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : BELOVADI Abdelmalik

Date de naissance : 19.03.1954

Adresse : .....

Tél. : 0661067727 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/06/2020

Nom et prénom du malade : H. BOUTABILLAH Age: 63

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 : 29/06/2020

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
15/01/2020			2,70	
23/01/2020				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/01/2020	1134,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20/01/2020	B310+PC 1134	350,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

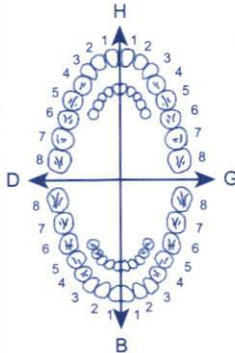
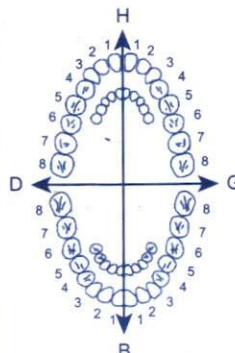
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canalaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX										
				MONTANTS DES SOINS										
				DEBUT D'EXECUTION										
				FIN D'EXECUTION										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX
H														
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
				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 Glycémique

Casablanca le, 23/01/2020

Mme MOUADDAB BELOUADI Ilham

LÉVOTHYROX 87,5 µg par jour soit :

Lévothyrox 50 µg : 1 comprimé + Lévothyrox 25 µg : 1 comprimé le matin à jeun

UN-ALFA 1 µg

1 capsule matin et soir

Traitement pour 03 mois

$3 \times 6,80 = 20,40$   
 $69,13 \times 2 = 138,26$   
 $6 \times 172,20 = 1033,20$   
 $1033,20 + 20,40 = 1053,60$   
 $1053,60 + 138,26 = 1191,86$   
 $1191,86 + 42,14 = 1234,00$

*[Signature]*

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC  
Quartier Arsalane-Rue Amyot Inville  
BP 10877 CASABLANCA-MAROC

UN-ALFA® 1 µg capsule  
Boîte de 30 capsules

6 118001 200740  
PPV: 172 DH 20

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC  
Quartier Arsalane-Rue Amyot Inville  
BP 10877 CASABLANCA-MAROC

UN-ALFA® 1 µg capsule  
Boîte de 30 capsules

6 118001 200740  
PPV: 172 DH 20

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC  
Quartier Arsalane-Rue Amyot Inville  
BP 10877 CASABLANCA-MAROC

UN-ALFA® 1 µg capsule  
Boîte de 30 capsules

6 118001 200740  
PPV: 172 DH 20

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC  
Quartier Arsalane-Rue Amyot Inville  
BP 10877 CASABLANCA-MAROC

UN-ALFA® 1 µg capsule  
Boîte de 30 capsules

6 118001 200740  
PPV: 172 DH 20

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

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

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

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

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

## Holtzer Glycémique



مختبر التحليلات الطبية الرغراغي  
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES REGRAGUI

S. MESTASSI

Biologiste Diplômé de la Faculté  
de Médecine et de Pharmacie  
de Clermont Ferrand

**FACTURE N° : 2001202008**

Casablanca le 20-01-2020

**Mme Ilham MOUADDAB (Ep BELOUADI)**

Demande N° 2001202008

Date de l'examen : 20-01-2020

Caisse : **MUPRAS**

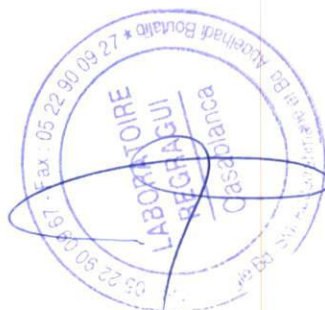
ICE : 001643223000003

Analyses :

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E11.5	E
0104	Calcium	B30	B
0111	Créatinine	B30	B
0163	TSH	B250	B

TOTAL DOSSIER : 350DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois cent cinquante dirhams







# مختبر التحليلات الطبية الرغراغي

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES REGRAGUI

S. MESTASSI

Biologiste Diplômé de la Faculté  
de Médecine et de Pharmacie  
de Clermont Ferrand



Né (e) le: 07-03-1957, âgé (e) de : 62 ans  
Enregistré le: 20-01-2020 à 09:05  
Edité le: 20-01-2020 à 12:28  
Prélèvement : au labo  
Le : 20-01-2020 à 09:10

**Mme Ilham MOUADDAB (Ep  
BELOUADI)**

Référence : 2001202008

Prescrit par :

## BIOCHIMIE SANGUINE (Cobas c311/Roche)

25-07-2019

Créatinine sanguine (RC)  
(Enzymatique / Cobas c311)

**11.2** mg/l (5.0-11.0)  
**99** µmol/l (44-98)

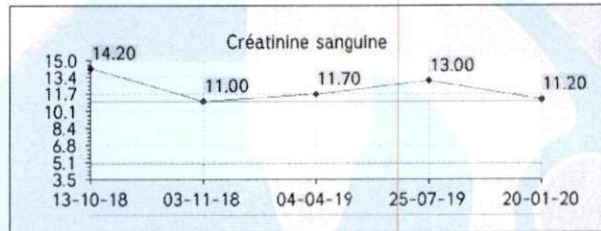
13.0

115

Clairance estimée (Cockroft)

**58** ml/min (>60)

50



DFG par CKD EPI

**52.6** ml/min (>60.0)

43.9

L'équation du CKD-EPI est plus précise que celle du MDRD et devrait remplacer cette dernière.

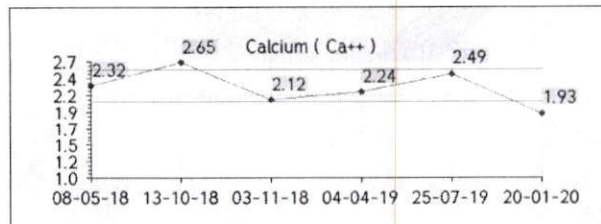
25-07-2019

Calcium (Ca++) (RC)

**1.93** mmol/l (2.10-2.55)  
**77** mg/l (84-102)

2.49

100



LABORATOIRE REGRAGUI  
Angle Bd Sidi Abderrahmane et  
Boulevard d'Azemmour - Casablanca  
Tél. 0522 90 09 67 - 89 28 06 - Fax 0522 90 09 27  
ICE 001643223000003 - IF 51452915 - Patente 35003829 - CNSS 2565507 - N° Autor. Ex. 21753 - INP 093002863  
E-mail : lamregragui@gmail.com

Tsrp  
→

Enregistré le: 20-01-2020 à 09:05  
Edité le: 20-01-2020 à 12:28  
Prescrit par :

**Mme Ilham MOUADDAB (Ep  
BELOUADI)**

Né (e) le : 07-03-1957, âgé (e) de : 62 ans  
Référence : **2001202008**

## HORMONOLOGIE

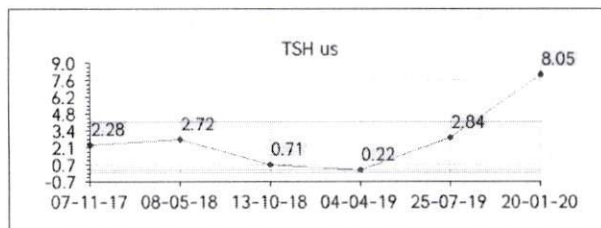
### Exploration thyroïdienne

Traitement : Lévothyrox  
Posologie : 75

25-07-2019

TSH us (RC) **8.05**  $\mu\text{UI/ml}$  (0.27-4.20) 2.84  
(ECLIA / Roche)

Risque de valeurs faussement abaissées ou augmentées par interférence des auto-anticorps thyroïdiens, et lors des traitements par carbamazépine ou phénytoïne. Les résultats des patients supplémentés en biotine (complément alimentaire ou traitement à forte dose) doivent être interprétés avec précaution en raison d'une interférence possible avec le complexe streptavidine-biotine utilisé dans ce dosage.



(RC) : Résultat contrôlé

LABORATOIRE REGRAGUI  
Angle Bd Sidi Abderrahmane et  
Boulevard d'Azouagui - Casablanca  
01 77 77 77 77 - 07 77 77 77 77