

# 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 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° P19- 049522

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1132 Société : RAM 69801

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHEDDADI Hassan

Date de naissance : 24-8-51

Adresse : 35 Lot- Salsabila B1 Abdelhadih Abdellah

Casa Ayla

Tél : 0661311452

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Docteur Otman TAZI**  
Endocrinologie - Diabétologie  
Nutrition  
299 Bd. Abdelmeuine, Imm. Morjana,  
5ème Etage App. N° 4 - Casablanca  
Tél. 05 22 84 51 80 - 05 22 84 56 34

Date de consultation : 23/05/21

Nom et prénom du malade : CHEDDADI Hayel

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète + 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 : Casa

Le : 4/5/21

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*


# 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 13/02/2021      | BL                |                       | 250,-                           | <b>Docteur Otman FAZI</b><br><b>Endocrinologue - Diabétologue</b><br>293 Bd. Abdelmoumen, Imm. Mirjana,<br>2ème Etage - Appart. n° 4 - Casablanca<br>Tél: 05 22 86 41 90 - 05 22 86 56 34 |
| 01/03/2021      | BL                | ELM                   | G                               |   |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       | Montant |
|--|------------|---------|
|  | 01/03/2021 | 392,45  |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue                              | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
|  | 05.05.21 | B350                         | 494,00                 |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

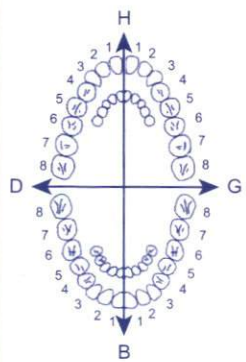
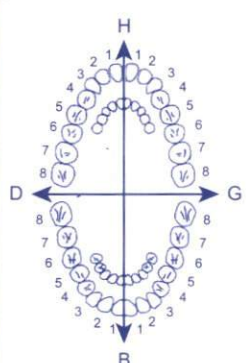
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées   | Nature des Soins     | Coefficient         |                         |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |                    |
|---|--|----------------------|---------------------|-------------------------|----------------------|----------------------|---|---|----------------------|----------------------|---|--|--|--------------------|
|              |  |                      |                     | COEFFICIENT DES TRAVAUX |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |                    |
|   |  |                      |                     | MONTANTS DES SOINS      |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |                    |
|   |  |                      |                     | DEBUT D'EXECUTION       |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |                    |
|   |  |                      |                     | FIN D'EXECUTION         |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |                    |
|   |  |                      |                     |                         |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |                    |
| <b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>  | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>   |                      |                     | COEFFICIENT DES TRAVAUX |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |                    |
|            | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412<br/>00000000</td> <td>21433552<br/>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000<br/>35533411</td> <td>00000000<br/>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |                      | H                   |                         | 25533412<br>00000000 | 21433552<br>00000000 | D | G | 00000000<br>35533411 | 00000000<br>11433553 | B |  |  | MONTANTS DES SOINS |
|   | H  |                      |                     |                         |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |                    |
|   | 25533412<br>00000000   | 21433552<br>00000000 |                     |                         |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |                    |
|   | D  | G                    |                     |                         |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |                    |
|   | 00000000<br>35533411   | 00000000<br>11433553 |                     |                         |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |                    |
| B   |  |                      |                     |                         |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |                    |
| <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |  |                      | 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, 01/03/2021

Mme CHEDDADI Hayat

24.04.23  
LÉVOTHYROX 100 µg

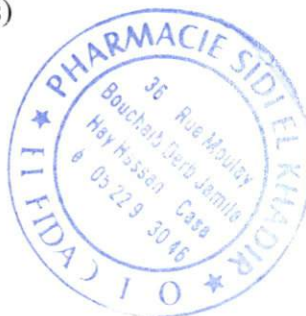
1 comprimé le matin à jeun (pendant 03 mois)

28.04.23  
GLUCOPHAGE 1000 MG

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

123.25  
REVITAL

1 capsule le matin (pendant 01 mois)



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

# REVITAL

## GINSENG PLUS



Performance  
physique...  
Vivacité  
mentale

**Combat la fatigue et le stress**

MAX GINSENG | 10 VITAMINES | 9 MINÉRAUX

### Propriétés nutritionnelles:

Revitalise la puissance physique et mentale - contribue à l'amélioration des conditions de fatigue, d'épuisement et de dépression.

Contre les situations de stress physique et mental, perte de concentration, baisse de performance.

Comble efficacement les carences en vitamines, minéraux et oligo-éléments au cours de la convalescence et stress.

Adapté pour les diabétiques (sans sucre)

**Dose journalière :** une capsule à prendre une fois par jour avec le petit déjeuner ou comme recommandé par le professionnel de la santé.

**Ce produit est un complément alimentaire, ce n'est pas un médicament.**

Conserver à une température inférieure à 25 ° C, à l'abri de la lumière directe du soleil et de l'humidité.

Avant utilisation, lire la notice à l'intérieur.

FSC No. : 03/27/108/00265/PH-20

Lot: R61M00320  
Fab: NOV. 2020  
Exp: OCT. 2023

Prix : 123DH25

# 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, 23/02/2021

Mme CHEDDADI Hayat

TSH us

HbA1c

Docteur Otman TAZI  
Endocrinologue - Diabétologue  
Nutrition  
293 Bd. Abdelmoumen, Imm. Marjana, 2ème Etage, Appt. N°4 - Casablanca  
Tél : 05 22 86 56 34 / 05 22 86 41 90 - GSM : 06 72 24 33 33



TAZI MOHAMED

مختبر التآزي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

NF EN ISO 9001:2008

ASCI

CERTIFICAT MA-2015-XIV

QUALITATIS

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. : 21B1217

Examen du 24/02/21 - Edité le 24/02/21

Page : 1/1

ANALYSES

RESULTATS

UNITES

NORMALES

ANTECEDENTS

**BIOCHIMIE (AUTOMATE ROCHE COBAS 6000)**

HEMOGLOBINE GLYQUEE - Hb A1 C -

7,3% ✓

4 - 6,3

23/11/20

6,8

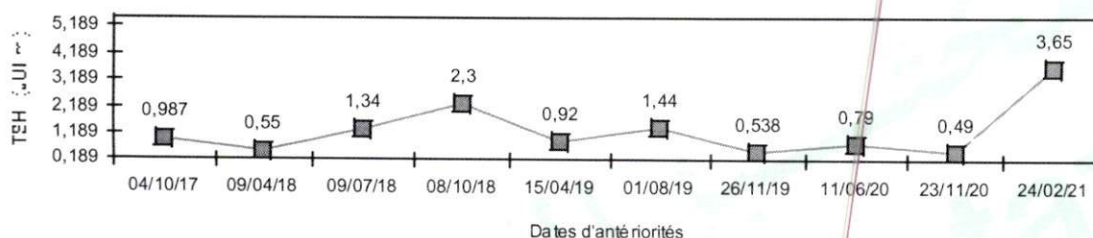
**HORMONOLOGIE (CHIMILUMINESCENCE COBAS 6000)**

TSH Ultra - sensible

3,650  $\mu$ UI/ml

0,27 - 4,21

0,490



# 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 mercredi 5 mai 2021

Madame ZEMMOURI EP CHEDDADI HAYAT

|            |        |
|------------|--------|
| FACTURE N° | 323586 |
|------------|--------|

## Analyses :

|  |   |     |               |
|--|---|-----|---------------|
| Chimie : Hémoglobine glyquée -----       | B | 100 | Total : B 350 |
| Hormono : Thyreostimuline (TSH us) ----- | B | 250 |               |

## 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 Mohamed  
BIOLOGISTE  
78, Rue d'Alger - Casablanca  
Tél: 0522 27 28 08 - Fax: 0522 29 64 86

**Distribué par:** Cooper Pharma, 41  
Rue Mohamed Diouri 20110  
Casablanca, Maroc Amina Daoudi  
Pharmacien responsable

**Sous licence:** Merck Santé  
37 rue Saint-Romain  
69379 LYON CEDEX 08

**Fabricants:**  
Merck KGaA,  
Frankfurter Strasse 250,  
64293 DARMSTADT  
Allemagne



|        |  |        |
|--------|--|--------|
| 1 CP   |  | MATIN  |
| 1/2 CP |  | A JEUN |

**Respecter les doses prescrites**  
Liste II - Uniquement sur ordonnance



**Levothyrox® 100 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342

03/2023  
600KMQ  
04/2020

EXP:  
Lot:  
Fab:

**Distribué par:** Cooper Pharma, 41  
Rue Mohamed Diouri 20110  
Casablanca, Maroc Amina Daoudi  
Pharmacien responsable

**Sous licence:** Merck Santé  
37 rue Saint-Romain  
69379 LYON CEDEX 08

**Fabricants:**  
Merck KGaA,  
Frankfurter Strasse 250,  
64293 DARMSTADT  
Allemagne



|        |  |        |
|--------|--|--------|
| 1 CP   |  | MATIN  |
| 1/2 CP |  | A JEUN |

**Respecter les doses prescrites**  
Liste II - Uniquement sur ordonnance



**Levothyrox® 100 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342

03/2023  
600KMQ  
04/2020

EXP:  
Lot:  
Fab:

**Distribué par:** Cooper Pharma, 41  
Rue Mohamed Diouri 20110  
Casablanca, Maroc Amina Daoudi  
Pharmacien responsable

**Sous licence:** Merck Santé  
37 rue Saint-Romain  
69379 LYON CEDEX 08

**Fabricants:**  
Merck KGaA,  
Frankfurter Strasse 250,  
64293 DARMSTADT  
Allemagne



|        |  |        |
|--------|--|--------|
| 1 CP   |  | MATIN  |
| 1/2 CP |  | A JEUN |

**Respecter les doses prescrites**  
Liste II - Uniquement sur ordonnance



**Levothyrox® 100 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342

03/2023  
600KMQ  
04/2020


EXP:  
Lot:  
Fab:

**Glucophage®** 1000 mg

Comprimé pelliculé

Metformine chlorhydrate


Voie orale

30 Comprimés pelliculés 

Merck Serono

**تليكوفاج 1000 مغ**

كلورهيدرات الميتفورمين

30 قرص مغلف 

عن طريق الفم

28,00




**Glucophage®** 1000 mg

Comprimé pelliculé

Metformine chlorhydrate


Voie orale

30 Comprimés pelliculés 

Merck Serono

**تليكوفاج 1000 مغ**

كلورهيدرات الميتفورمين

30 قرص مغلف 

عن طريق الفم

28,00




**Glucophage®** 1000 mg

Comprimé pelliculé

Metformine chlorhydrate


Voie orale

30 Comprimés pelliculés 

Merck Serono

**تليكوفاج 1000 مغ**

كلورهيدرات الميتفورمين

30 قرص مغلف 

عن طريق الفم

28,00




**Glucophage®** 1000 mg

Comprimé pelliculé

Metformine chlorhydrate


Voie orale

30 Comprimés pelliculés 

Merck Serono

**تليكوفاج 1000 مغ**

كلورهيدرات الميتفورمين

30 قرص مغلف 

عن طريق الفم

28,00




**Glucophage®** 1000 mg

Comprimé pelliculé

Metformine chlorhydrate


Voie orale

30 Comprimés pelliculés 

Merck Serono

**تليكوفاج® 1000 مغ**

كلورهيدرات الميتفورمين

30 قرص مغلف 

عن طريق الفم

28,00




**Glucophage®** 1000 mg

Comprimé pelliculé

Metformine chlorhydrate


Voie orale

30 Comprimés pelliculés 

Merck Serono

**تليكوفاج® 1000 مغ**

كلورهيدرات الميتفورمين

30 قرص مغلف 

عن طريق الفم

28,00




**Glucophage®** 1000 mg

Comprimé pelliculé

Metformine chlorhydrate


Voie orale

30 Comprimés pelliculés 

Merck Serono

**تليكوفاج® 1000 مغ**

كلورهيدرات الميتفورمين

30 قرص مغلف 

عن طريق الفم

28,00

