

# 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)



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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 0041849

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3175 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Veuve

Nom & Prénom : Khaddouj Taki

Date de naissance : 1.1.1960

Adresse : AL Qade Bin Al Ahfad L NB 95 d Benmansiri Casa

Tél. : 05 20 12 96 19 Total des frais engagés : 1055 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/11/2021

Nom et prénom du malade : A-HASHI Taki

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

Nature de la maladie : Affection Longue Durée + Hypertension

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 : 16/12/2021

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
07/11/2021	Consultation	1	250	<p><i>Dr. H. ZARHOULI</i></p> <p>203 Bd. Abdelmoumen, 10000 Algiers</p> <p>Tel: 05 22 28 02 26</p>
11/11/2021	Consultation	1	250	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><i>Pharmacie NASSER</i></p> <p>Dr. H. ZARHOULI - 11</p> <p>Hay El Masjid Rue 48 N° 11</p> <p>El Cida Casablanca</p> <p>Tel: 05 22 28 02 26</p>	11/11	520,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p><i>Dr. J. J. J. J.</i></p> <p>LABORATOIRE ANALYSE</p> <p>Tel: 05 22 28 02 26</p>	08.11.21	B. 219	285,00

# 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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 Glycémique



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

7862160336



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

7862160336



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

7862160336



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

7862160336



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

7862160336



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

7862160336



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

7862160336

Casablanca le, 11/11/2021

Mme BEHILI TAKI Khaddouj



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

7862160336



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

7862160336

LÉVOTHYROX 62,5 µg par jour soit :

Lévothyrox 50 µg : 1 comprimé + Lévothyrox 25 µg : 1/2 comprimé le m

CIVASTINE 10 mg

1 comprimé le soir

Traitement pour 06 mois



6 118000 041023  
CIVASTINE® 10mg  
Simvastatine  
28 comprimés pelliculés  
PPV: 70DH00  
PER: 05/23  
LOT: K1415

PPV: 70DH00  
PER: 05/23  
LOT: K1415



6 118000 041023  
CIVASTINE® 10mg  
Simvastatine  
28 comprimés pelliculés  
PPV: 70DH00  
PER: 05/23  
LOT: K1415

PPV: 70DH00  
PER: 05/23  
LOT: K1415



6 118000 041023  
CIVASTINE® 10mg  
Simvastatine  
28 comprimés pelliculés  
PPV: 70DH00  
PER: 10/23  
LOT: K2797

PPV: 70DH00  
PER: 05/23  
LOT: K1415

PPV: 70DH00  
PER: 10/23  
LOT: K2797

PPV: 70DH00  
PER: 10/23  
LOT: K2797

PPV: 70DH00  
PER: 10/23  
LOT: K2797

PPV: 70DH00  
PER: 10/23  
LOT: K2797

PPV: 70DH00  
PER: 10/23  
LOT: K2797



6 118000 041023  
CIVASTINE® 10mg  
Simvastatine  
28 comprimés pelliculés



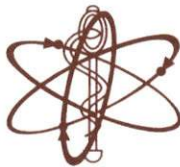
6 118000 041023  
CIVASTINE® 10mg  
Simvastatine  
28 comprimés pelliculés

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

PHARMACIE NASSER  
Dr. H. ZARHLOULE  
Hay El Fida Casablanca  
Tél.: 05 22 28 02 26

# 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° 2111080031**

**Mme Khaddouj BEHILI TAKI**

Demande N° 2111080031

Date de l'examen : 08-11-2021

Analyses :

### Récapitulatif des analyses

CX	Analyse	Val	Clefs
PSAD	Prélevement sang adulte	E25	E
TSFus		B200	B

Total des B : 200 + 19

TOTAL DOSSIER : 285 DH

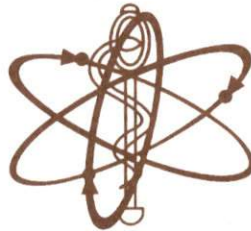
Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cent  
quatre-vingt-cinq dirhams DH



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

# 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

Mme Khaddouj BEHILI TAKI

Né(e) le : 01-01-1960

Dossier N° : **2111080031**

Date de l'examen : 08-11-2021

Prélevé le : 08-11-2021 09:04 en interne

Edité le : 08-11-2021

DR : OTMAN TAZI

Adresse : 293, bd Abdelmoumen , imm Marjana 2 EME  
ETAGE casablanca

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

**TSHus** [AC]

((Chimiluminescence – COBAS 6000® Roche))

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

0.79  $\mu$ UI/ml

(0.27-4.20)

05-04-2021

1.29





# 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

Mme BEHILI TAKI Khaddouj  
01-01-1960  
2111000031



Casablanca le,

Mme BEHILI TAKI Khaddouj

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