

## 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0010949

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2344 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BELOUADI Abderrahim  
 Date de naissance :  
 Adresse :  
 Tél. : 0661067727 Total des frais engagés : 300 + 2532 + 912 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 21/03/2023  
 Nom et prénom du malade : Moudjahid Elham Age : 65  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection longue durée ou chronique ALD ou ALC Pathologie :  
 Affection longue durée ou chronique : ALD ou ALC Pathologie :  
 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 : 23/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
10/03/2023		1	300,00	
21/03/2023				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/03/23	2539,00 DHS

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	17/03/2023		912,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

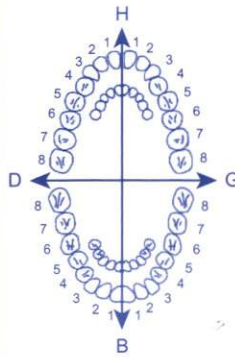
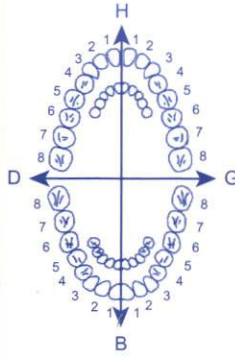
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
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 <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

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, 21/03/2023

Mme MOUADDAB BELOUADI Ilham

$$680 \times 6 = 4080 \quad 13,40 \times 6 = 80,40$$

LÉVOTHYROX 75 µg par jour soit :

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

$$172,20 \times 14 = 2410,80$$

UN-ALFA 1 µg

1 capsule matin, midi et soir

$$T = 2532,00 \text{ DHS}$$

Traitement pour 06 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 50 34



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 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 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

C78715  
01 2024  
172 DH 20

070535

C78715  
01 2024  
172 DH 20

070535

C78715  
01 2024  
172 DH 20

070535

C78715  
01 2024  
172 DH 20

070535

C78715  
01 2024  
172 DH 20

070535

C78715  
01 2024  
172 DH 20

070535

C78715  
01 2024  
172 DH 20

070535

C78715  
01 2024  
172 DH 20

070535

Lot:  
EXP:  
PPV:  
C78715  
01 2024  
172 DH 20

070535

Lot:  
EXP:  
PPV:  
C78715  
01 2024  
172 DH 20

070535

Lot:  
EXP:  
PPV:  
C78715  
01 2024  
172 DH 20

070535

Lot:  
EXP:  
PPV:  
C78715  
01 2024  
172 DH 20

070535

Lot:  
EXP:  
PPV:  
C78715  
01 2024  
172 DH 20

070535

Lot:  
EXP:  
PPV:  
C78715  
01 2024  
172 DH 20

070535

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

7862160335

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

7862160335

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

7862160335

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

7862160335

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

7862160335

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

7862160335

# 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, 10/03/2023

**Mme MOUADDAB BELOUADI Ilham**

TSH us

Calcémie

Vit. D2 / D3

Créatinine

Docteur Otman TAZI  
Endocrinologie - Diabétologie  
293 Bd. Abdelmoumen, Imm. Marjana,  
2ème Etage, Appt. N°4 - Casablanca  
Tél : 05 22 86 56 34 / 06 41 90 05 24 86 56 34

Hôpital Universitaire  
International Mohammed VI  
Centre de Diagnostic  
090063728

# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2300236924

## F A C T U R E

N° 10 943 / 2023 du 17/03/2023

Nom patient : **MOUADDAB ILHAM**

Entrée 17/03/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 17/03/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
Thyreostimuline (TSH 3G)	1.00	B0250	300.00	300.00
Calcium	1.00	B0030	36.00	36.00
Vitamine D2/D3 (25 OH VIT D)	1.00	B0450	540.00	540.00
Creatinine sanguine	1.00	B0030	36.00	36.00
			Sous-Total	912.00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>912.00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	
NEUF CENT DOUZE DIRHAMS	<b>Total 912.00</b>

			Carte Bq		Total encaissé	Solde
Encaissements			912.00		912.00	0.00



## Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 2303170954440240 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300236924	MOUADDAB ILHAM	17/03/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	005305	912.00
PAYANT	Total payé	912.00
NEUF CENT DOUZE DIRHAMS MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI		

Reçu établi par : ES.HANAN







HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI

LABORATOIRE DE BIOLOGIE

MEDICALE

Biochimie - Immunologie- Hématologie - Microbiologie

Identifiant du patient : 210907184650CH

Date de naissance : 07/03/1957

Sexe : F

Date de l'examen : 17/03/2023

Prélevé le : 17/03/2023 à 10:00

Edité le : 17/03/2023 à 12:16

MOUADDAB ILHAM

Dossier N° : 23031065

Docteur DR. MEDECIN EXTERNE NULL

Service : PRELEVEMENT



## BIOCHIMIE SANGUINE

CRÉATININE SANGUINE	:	8.6	mg/L	5.1 - 9.5	10.9 mg/L (18/05/2022)
(Sang, enzymologie, Abbott)					

## IONOGRAMME

CALCIUM	:	71.0	mg/L	88 - 102
(Sang, spectrophotométrie d'absorption, Architect)				

## DOSAGE DES VITAMINES

Échantillon primaire: Sérum

VITAMINE D2/D3 (25 OH VIT D)	:	37.9	ng/ml
(Sang, chimiluminescence « CMIA », Abbott)			

Carence en vitamine D : 10-30 ng/ml Insuffisance en vitamine D : < 10 ng/ml

## HORMONOLOGIE - ENDOCRINOLOGIE

### BILAN THYROÏDIEN

TSH u.s.	:	0.203	μUI/ml	0.4 - 4.40
(Test de 3ème génération / ARCHITECT Ci4100)				

Le 17/03/2023 à 12:16

Signature

Dr. OUSTI Fadwa

Dr. Fadwa OUSTI

Médecin Biologiste

Laboratoire National de Référence



Hôpital Universitaire International Mohammed VI

Route P 3011, Bouskoura, Maroc.

Tél/Fax : +212 529058881

e-mail : laboratoire@hm6.ma





مركز الدفعات

17/03/23

09:56:32

9900241549

92415401

HM6 LABORATOIRE

Bouskoura

A00000000031010

APP : VISA CLASSIC

BELOUADI

/ABDE.M

xxxxxxxxxxxxx7684

11/23 CARTE NATIONALE

01444D14294DA3C7

606-0-9999-1-44

MONTANT: 912,00 MAD

NUM TRANSACTION : 001

NUM AUTORISATION: 0S9707

STAN : 005305

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT