

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 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.



Déclaration de Maladie

M22- 0022655

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1132 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHEDDADI Hassan
 Date de naissance : 24-8-51
 Adresse : 35 Lot Salsabila Bd Abdelhadi Boutaleb
 Casa Anja
 Tél. : 0661311452 Total des frais engagés : 2327.40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : / 06 / 2019
 Nom et prénom du malade : M. CHEDDADI Hassan
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ 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 : Casa Le : 4 / 6 / 23
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
06/04/2023			300	
10/04/2023			6	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Prestation
	06/04/2023	1451,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	08/04/23	B 300	576,00

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 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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D		B		00000000	00000000			35533411	11433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		G																										
25533412	21433552																											
00000000	00000000																											
D		B																										
00000000	00000000																											
35533411	11433553																											
	(Création, remont, adjonction) 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, 06/04/2023

Mme CHEDDADI Hayat

419,00 x 3

FORXIGA 10 mg

1 comprimé le matin

20,80 x 4

GLUCOPHAGE 500 MG

1 comprimé, matin et soir au milieu ou après repas

24,40 x 4

LÉVOTHYROX 112,5 µg par jour soit :

6,80 x 2

Lévothyrox 100 µg : 1 comprimé + Lévothyrox 25 µg : 1/2 comprimé le matin à jeun

Traitement pour 03 mois

1451,40

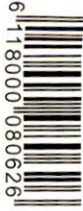


PHARMACIE L'ONGCHAMP
Rajaa TAZI BENLAMLIH
Rue Toulouse C.I.L - Casa
Tél. : 05 22 36 47 51

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

755.545/05.19

Glucophage® 500 mg
50 Comprimés pelliculés



6 118000 080626

Composition :

Chlorhydrate de metformine 500 mg
correspondant à 390 mg de metformine base.

Excipients : q.s.p un comprimé pelliculé

التركيبة :

كلورهيدرات الميتفورمين 500 مغ
ما يعادل 390 مغ من الميتفورمين قاعدة.
سواغات : ك.ك. لقرص واحد مغلف

35X47X104
14

Fabriqué par



PHARMA

41, rue Mohamed Diouri 20 110 – Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina Daoudi
Sous licence de Merck Santé S.A.S. – France
N° d'AMM : 141 DMP/21/NRQ

مصنوع من طرف كوبر فارما
41 زقنة محمد الديوري 20110 الدار البيضاء

الصيدلي المسؤول : أمينة داودي
بترخيص من ميرك سالتيه ش.أ.م. - فرنسا

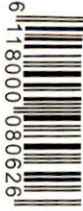
MERCK

غلوكوفاج® 500 مغ
قرص مغلف

كلورهيدرات الميتفورمين
50 قرص مغلف ● عن طريق الفم

755.545/05.19

Glucophage® 500 mg
50 Comprimés pelliculés



6 118000 080626

Composition :

Chlorhydrate de metformine 500 mg
correspondant à 390 mg de metformine base.

Excipients : q.s.p un comprimé pelliculé

التركيبة :

كلورهيدرات الميتفورمين 500 مغ
ما يعادل 390 مغ من الميتفورمين قاعده.
سواغات : ك.ك. لقرص واحد مغلف

35X47X104
14

Fabriqué par



PHARMA

41, rue Mohamed Diouri 20 110 – Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina Daoudi
Sous licence de Merck Santé S.A.S. – France
N° d'AMM : 141 DMP/21/NRQ

مصنوع من طرف كوبر فارما

41 زقاق محمد الديوري 20110 الدار البيضاء

الصيدلي المسؤول : أمينة داودي

بترخيص من ميرك سالتيه ش.أ.م. - فرنسا

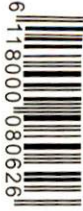
MERCK

غلوكوفاج® 500 مغ
قرص مغلف

كلورهيدرات الميتفورمين
50 قرص مغلف ● عن طريق الفم

755.545/05.19

Glucophage® 500 mg
50 Comprimés pelliculés



6 118000 080626

Composition :

Chlorhydrate de metformine 500 mg
correspondant à 390 mg de metformine base.

Excipients : q.s.p un comprimé pelliculé

التركيبة :

كلورهيدرات الميتفورمين 500 مغ
ما يعادل 390 مغ من الميتفورمين قاعدة.
سواغات : ك.ك. لقرص واحد مغلف

35X47X104
14

Fabriqué par



PHARMA

41, rue Mohamed Diouri 20 110 – Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina Daoudi
Sous licence de Merck Santé S.A.S. – France
N° d'AMM : 141 DMP/21/NRQ

مصنوع من طرف كوبر فارما

41 زققة محمد الديوري 20110 الدار البيضاء

الصيدلي المسؤول : أمينة داودي

بترخيص من ميرك سانتيه ش.أ.م. - فرنسا

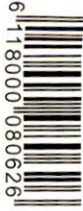
MERCK

غلوكوفاج® 500 مغ
قرص مغلف

كلورهيدرات الميتفورمين
50 قرص مغلف ● عن طريق الفم

755.545/05.19

Glucophage® 500 mg
50 Comprimés pelliculés



6 118000 080626

Composition :

Chlorhydrate de metformine 500 mg
correspondant à 390 mg de metformine base.

Excipients : q.s.p un comprimé pelliculé

التركيبة :

كلورهيدرات الميتفورمين 500 مغ
ما يعادل 390 مغ من الميتفورمين قاعدة.
سواغات : ك.ك. لقرص واحد مغلف

35X47X104
14

Fabriqué par



PHARMA

41, rue Mohamed Diouri 20 110 – Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina Daoudi
Sous licence de Merck Santé S.A.S. – France
N° d'AMM : 141 DMP/21/NRQ

مصنوع من طرف كوبر فارما
41 زقنة محمد الديوري 20110 الدار البيضاء

الصيدلي المسؤول : أمينة داودي
بترخيص من ميرك سالتيه ش.أ.م. - فرنسا

MERCK

غلوكوفاج® 500 مغ
قرص مغلف

كلورهيدرات الميتفورمين
50 قرص مغلف ● عن طريق الفم

Titulaire de l'Autorisation de Mise sur le Marché/صاحب رخصة التسجيل

AstraZeneca AB

SE-151 85

Södertälje

Suède

Fabricant/الصانع

AstraZeneca Pharmaceuticals l

4601 Highway 62 East

Mount Vernon

Indiana 47620

Etats Unis d'Amérique

Conditionneur et Libérateur/المعبئ والمحزر

AstraZeneca UK Ltd

Silk Road Business Park

Macclesfield

Cheshire

SK10 2NA

Grande Bretagne

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca

Forxiga 10 mg cp pell b28
P.P.V: 419,00 DH



Liste1-Uniquement sur ordonnance

قائمة 1 - لا يسلم هذا الدواء إلا بموجب وصفة

Respecter les doses prescrites
احترم الجرعات الموصوفة



**FORXIGA + GROSSESSE =
INTERDIT**

**Ne pas utiliser chez la femme enceinte,
l'adolescente ou la femme en âge de procréer, et
sans contraception efficace**

LOT
EXP

SG165
07 2025



Titulaire de l'Autorisation de Mise sur le Marché/صاحب رخصة التسجيل

AstraZeneca AB

SE-151 85

Södertälje

Suède

Fabricant/الصانع

AstraZeneca Pharmaceuticals l

4601 Highway 62 East

Mount Vernon

Indiana 47620

Etats Unis d'Amérique

Conditionneur et Libérateur/المعبئ والمحزر

AstraZeneca UK Ltd

Silk Road Business Park

Macclesfield

Cheshire

SK10 2NA

Grande Bretagne

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca

Forxiga 10 mg cp pell b28
P.P.V: 419,00 DH



Liste1-Uniquement sur ordonnance

قائمة 1 - لا يسلم هذا الدواء إلا بموجب وصفة

Respecter les doses prescrites
احترم الجرعات الموصوفة



**FORXIGA + GROSSESSE =
INTERDIT**

**Ne pas utiliser chez la femme enceinte,
l'adolescente ou la femme en âge de procréer, et
sans contraception efficace**

Titulaire de l'Autorisation de Mise sur le Marché/صاحب رخصة التسجيل

AstraZeneca AB

SE-151 85

Södertälje

Suède

Fabricant/الصانع

AstraZeneca Pharmaceuticals l

4601 Highway 62 East

Mount Vernon

Indiana 47620

Etats Unis d'Amérique

Conditionneur et Libérateur/المعبئ والمحزر

AstraZeneca UK Ltd

Silk Road Business Park

Macclesfield

Cheshire

SK10 2NA

Grande Bretagne

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca

Forxiga 10 mg cp pell b28
P.P.V: 419,00 DH



Liste1-Uniquement sur ordonnance

قائمة 1 - لا يسلم هذا الدواء إلا بموجب وصفة

Respecter les doses prescrites
احترم الجرعات الموصوفة



**FORXIGA + GROSSESSE =
INTERDIT**

**Ne pas utiliser chez la femme enceinte,
l'adolescente ou la femme en âge de procréer, et
sans contraception efficace**

LOT
EXP

SG165
07 2025





06/2025
601N8T
07/2022

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® 25 µg.

Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH



7862160335



06/2025
601N8T
07/2022

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® 25 µg.

Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH



7862160335

03/2025
6016CB
04/2022

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

03/2025
6016CB
04/2022

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

03/2025
6016CB
04/2022

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

03/2025
6016CB
04/2022

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

LABORATOIRE CASALAB PALMIER®

Dossier N°: **2304083010**

Résultats de : **Mme ZEMMOURI EP CHEDDADI Hayat**

Né(e) le : **10/05/1960** – 62 ans
N° CIN : **AT16535**

Date du prélèvement : **08/04/2023 10:14. JAM**
Edition du : **08/04/2023 à 14:04**

Monsieur Le Dr OTMAN TAZI (Endocrino)

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

< Compte-rendu annule et remplace le rapport du 08/04/2023 à 14:04 >

BIOCHIMIE

04/01/2023

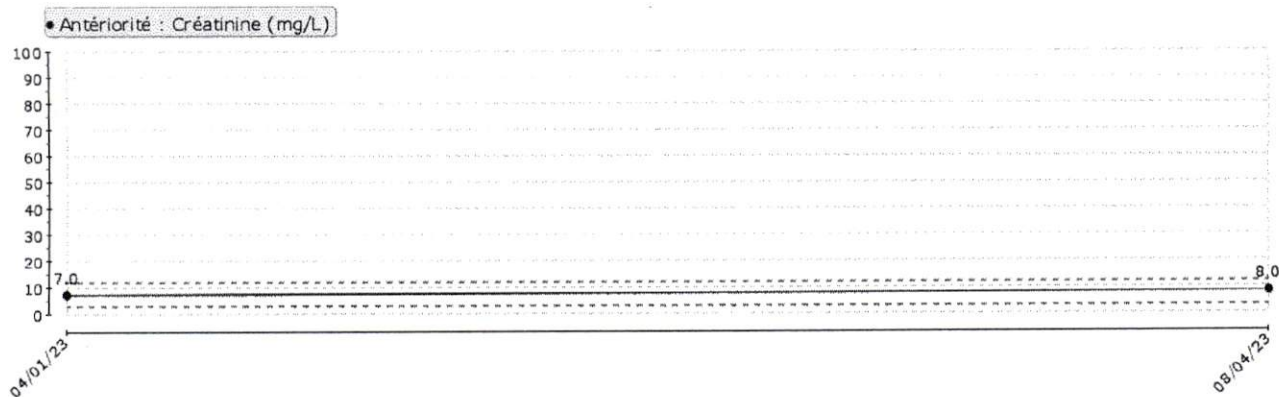
Créatinine:

(Dosage colorimétrique cinétique)

8,0 mg/L
70,8 $\mu\text{mol/l}$

(3,0–12,0)
(26,6–106,2)

7,0
62,0



Dossier n° 2304083010 – Mme Hayat ZEMMOURI EP CHEDDADI

1 / 3



Métabolisme Glucidique

HBA1c

(HPLC: (HLC-723.G7))

7,2 %

(4,0-6,0)

04/01/2023

7,7

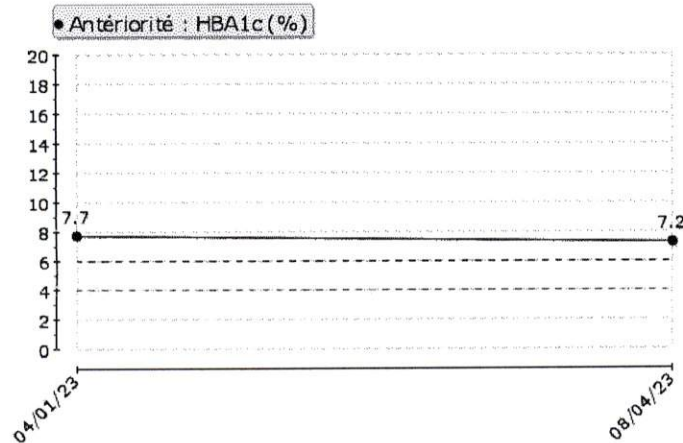
Interprétation des résultats:

Sujet non traité pour un diabète:

- Normal : 4-6%

Sujet diabétique de type II traité:

- Bon contrôle: < ou = à 6.5%
- Contrôle acceptable : 6.6 - 8.00%
- Mauvais contrôle : > à 8%



Dossier n° 2304083010 de Mme Hayat ZEMMOURI EP CHEDDADI



BILAN ENDOCRINIEN

04/01/2023

TSH:
(ECLIA sur COBAS 6000)

5,66 mUI/L

(0,27–4,20)

1,26

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

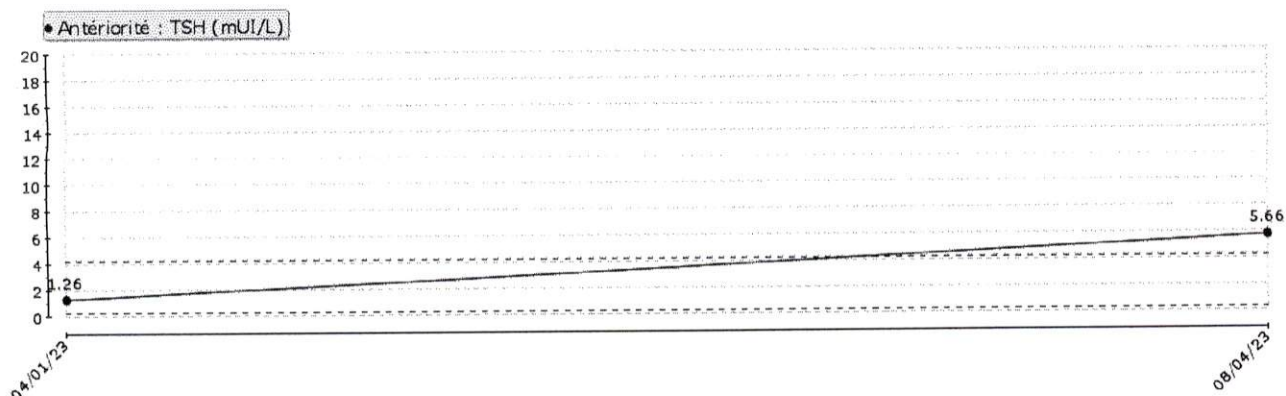
1 à 6ans : 0.70 à 5.97 mUI/L

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. BEZZARI

Dr K. OUZZANI



Dossier n° 2304083010 de Mme Hayat ZEMMOURI EP CHEDDADI



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, 06/04/2023

Mme CHEDDADI Hayat

HbA1c
Créatinine
TSH us

Docteur Otman TAZI
Endocrinologie - Diabétologie
Nutrition
293 Bd. Abdelmoumen, Imm. Marjana,
2ème Etage, Apt. N° 4 - Casablanca
Tél : 05 22 24 06 51 / 05 22 24 06 50 / 34



Mme ZEMMOURI EP CHEDDADI Ha
10-05-1960
2304083010



SUR CAHIER
TAZIO



FACTURE N° 2304083010
LABORATOIRE CASALAB PALMIER

Casablanca le 08/04/2023
INPE : 093002574

Mme Hayat ZEMMOURI EP CHEDDADI
Demande N° 2304083010
Date de l'examen : 08/04/2023

Récapitulatif des analyses	
Analyse	Clé
Prise de sang Adulte	E25
Créatinine	B30
Hémoglobine glycosylée	B100
TSH	B250

Total des B : 380
Total à payer : **576.00** Dirhams

Arrêtée la présente facture à somme de :
cinq cent soixante-sept dirhams

*(HN) = analyse hors nomenclature



* GLYCOHEMOGLOBIN REPORT *

CASALAB PALMER

2023/04/07 12:10

TOSOH CORPORATION V01.24

N0: 0005 TB 0001 - 05

ID: 282304083010

CAL(N) = 1.1232X + 0.6619

NAME	%	TIME	AREA
FP	0.0	0.00	0.00
A1A	0.6	0.25	7.69
A1B	0.9	0.33	10.90
F	0.6	0.45	7.48
LA1C+	2.5	0.56	29.77
SA1C	7.2	0.69	69.19
A0	89.5	1.03	1067.86
TOTAL AREA			1192.89

HbA1c 7.2%

HbA1 8.7 % HbF 0.6 %
0% 15%

