

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- 0036111

☒ 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. : 661067727 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : _____
 Date de consultation : 23 / 1 / 2016
 Nom et prénom du malade : Mme MOWADDAB BELOUADI Imane
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : ablation thyroïde
 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 : _____ Le : _____
 Signature de l'adhérent(e) : _____

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


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


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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 23/11/2024 | G | | 300,00 |  |
| 5/12/2024 | G | | G-rut | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  | 05/02/2024 | 3108,80 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
|  | 29/01/24 | | 408,00 |

AUXILIAIRES MEDICAUX

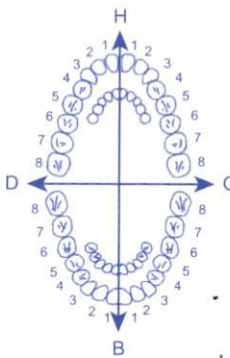
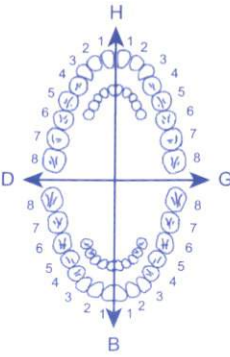
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

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'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 CCEFFICIENT 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (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, 05/02/2024

Mme MOUADDAB BELOUADI Ilham

LEVOTHYROX 75 µg par jour soit : $6,80 \times 6 = 40,80$

13,10 x 6 Levothyrox 50 µg : 1 comprimé + Lévothyrox 25 µg : 1 comprimé le matin à jeun

172,20 x 2 UN-ALFA 1 µg 1610,00

161,00 x 10 1 capsule matin, midi et soir

Traitement pour 06 mois

T = 3108,80



293 Bd. Abdelmoumen, Imm Marjana, 2ème Etage, Appt. N°4, Casablanca 14
Tél: 05 22 86 41 90 - 05 22 86 56 14
L.C.E: 00271545/088074

Lot: C91866 EXP: 09 2024 PPV: 172 DH 20 0705
Lot: C91866 EXP: 09 2024 PPV: 172 DH 20 070535
Lot: C91866 EXP: 09 2024 PPV: 172 DH 20 070535
Lot: C91866 EXP: 09 2024 PPV: 172 DH 20 070535

Lot: C91866 EXP: 09 2024 PPV: 172 DH 20 070535
Lot: C91866 EXP: 09 2024 PPV: 172 DH 20 070535
Lot: C91866 EXP: 09 2024 PPV: 172 DH 20 070535
Lot: C91866 EXP: 09 2024 PPV: 172 DH 20 070535

Lot: D06807 EXP: 03 2025 PPV: [REDACTED] 070535
Lot: D06807 EXP: 03 2025 PPV: [REDACTED] 070535
Lot: D06807 EXP: 03 2025 PPV: [REDACTED] 070535
Lot: D06807 EXP: 03 2025 PPV: [REDACTED] 070535
Lot: D06807 EXP: 03 2025 PPV: [REDACTED] 070535

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
7862160335

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
7862160335

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
7862160335

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
7862160335

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
7862160335

زوغرام
PPV: 161DH00

غرام
PPV: 161DH00

زوغرام
PPV: 161DH00

زوغرام
PPV: 161DH00

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, 23/01/2024

Mme MOUADDAB BELOUADI Ilham

Glycémie à jeun

Créatinine

Calcémie

TSH us



Docteur Otman TAZI
Endocrinologie - Diabétologie
Nutrition
Immun, Imm, Marjana,
Blanc
293 Bd
Tél : 05 22 86 41 90 - 05 22 86 56 34



Biochimie - Immunologie - Hématologie - Microbiologie - Anatomie pathologique

Identifiant du patient : 210907184650CH

Date de naissance : 07/03/1957

Sexe : F

Date de l'examen : 29/01/2024

Prélevé le : 29/01/2024 à 09:49

Edité le : 29/01/2024 à 15:00

MOUADDAB ILHAM

Dossier N° : 24013286

Docteur : DR. MEDECIN EXTERNE

Service : PRELEVEMENT



BIOCHIMIE SANGUINE

| | | | | | |
|-----------------------------|---|------|------|-----------|--------------------------|
| CRÉATININE SANGUINE | : | 10.7 | mg/L | 5.1 - 9.5 | 8.6 mg/L (17/03/2023) |
| (Sang, enzymologie, Abbott) | | | | | |

IONOGRAMME

| | | | | | |
|---|---|------|------|----------|---------------------------|
| CALCIUM | : | 87.0 | mg/L | 88 - 102 | 88.0 mg/L (02/05/2023) |
| (Sang, spectrophotométrie d'absorption, Architect) | | | | | |

| | | | | | |
|--|---|------|-----|-------------|--|
| GLYCÉMIE A JEUN | : | 0.96 | g/L | 0.60 - 1.00 | |
| (Sang, spectrophotométrie d'absorption, hexokinase, Abbott) | | | | | |

"Consensus :

0.6 à 1 g/l : glycémie à jeun

1 g/l à 1.26 g/l : diminution de la tolérance au glucose

>1.26 g/l : Diabète (observé sur 2 prélèvements distincts)"

HORMONOLOGIE - ENDOCRINOLOGIE

BILAN THYROÏDIEN

| | | | | | |
|--|---|-------|--------|------------|------------------------------|
| TSH u.s. | : | 2.721 | μUI/ml | 0.4 - 4.40 | 0.203 μUI/ml (17/03/2023) |
| (Test de 3ème génération / ARCHITECT Ci4100) | | | | | |

Le 29/01/2024 à 15:00

Signature

Dr. OUSTI Fadwa

Dr. Fadwa OUSTI
Médecin Biologiste
Laboratoire National de Référence



Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical, sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2400291408

F A C T U R E

N° 6 037 / 2024 du 29/01/2024

Nom patient : **MOUADDAB ILHAM**

Entrée 29/01/2024

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 29/01/2024

| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-----------------------------|--------|------------|---------------|---------------|
| <i>PRESTATIONS INTERNES</i> | | | | |
| Glycémie à jeûn | 1.00 | B0030 | 36.00 | 36.00 |
| Creatinine sanguine | 1.00 | B0030 | 36.00 | 36.00 |
| Calcium | 1.00 | B0030 | 36.00 | 36.00 |
| Thyreostimuline (TSH 3G) | 1.00 | B0250 | 300.00 | 300.00 |
| | | | Sous-Total | 408.00 |
| Total Frais Clinique | | | | 408.00 |

| | |
|--|---------------------|
| <i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> | |
| QUATRE CENT HUIT DIRHAMS | Total 408.00 |
| | |

| | | | Carte Bq | | Total encaissé | Solde |
|---------------|--|--|----------|---|----------------|-------|
| Encaissements | | | 408.00 | . | 408.00 | 0.00 |

