

# 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- 0031339

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8714 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : KHADIRI WAHID  
 Date de naissance : 05/05/68  
 Adresse : 120, Rue Ibnul Azanaki, Résidence Yassine  
 C.I.L. H. H. Hassani Casa  
 Tél : 6662 77 91 75 Total des frais engagés : 300 + 3796 + 2800 Dhs

Cadre réservé au Médecin IDRISSI ABOULAHJOUL

Spécialiste : Endocrinologie  
 Diabétologie - Nutrition - Obésité  
 49, Bd 2 Mars - Casablanca  
 Tél : 05 22 22 22 41 05 22 22 44 48  
 GSM : 06 15 53 74 27  
 Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 07/03/2023  
 Nom et prénom du malade : KHADIRI BOUTAINA Age : 20  
 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 : Casablanca Le : 07/03/2023  
 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
07/03/2023	Ce		30900,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

07/03/23

3786,30

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

09/03/23

2700,00

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

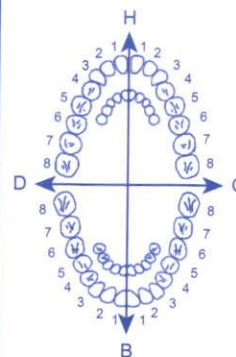
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

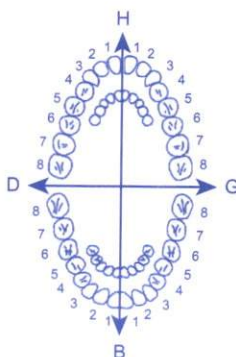
FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

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 SIHAM IDRISSE ABLOUHAJOL

Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie

الدكتورة سهام الإدريسي أبو لحجول

إختصاصية في علم الغدد، وداء السكري وأماض الألف

NovoRapid® Penfill®  
100 U/ml  
Solution injectable  
5 cartouches de 3 ml  
PPV : 497,00 DHS

rinologie et Métabolisme

nothérapie fonctionnel

8-0905-73-270-2

6 118001 120383

NovoRapid® Penfill®  
100 U/ml  
Solution injectable  
5 cartouches de 3 ml  
PPV : 497,00 DHS

8-0905-73-270-2

6 118001 120383

NovoRapid® Penfill®  
100 U/ml  
Solution injectable  
5 cartouches de 3 ml  
PPV : 497,00 DHS

8-0905-73-270-2

6 118001 120383

NovoRapid® Penfill®  
100 U/ml  
Solution injectable  
5 cartouches de 3 ml  
PPV : 497,00 DHS

8-0905-73-270-2

6 118001 120383

sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat R.P.1.  
Ain Sebâa 20250 Casablanca  
LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5  
P.P.V. : 744DH00

trique  
sortif

6 118001 081615

داء السكري - الكوليسترول - ارتفاع ضغط الدم - فرط ونقص  
طرابات وتأخر النمو والبلوغ

07 mars 2022

744,00 x 2 = 1488,00

Mlle KHADIRI BOUTAINA



LANTUS SOLOSTAR : 18 UI le soir , 6 Mois

NOVORAPID : 14+ - 14+ - 14+ avant les repas, 6 mois

AIGUILLES MICROFINES 6MM + BD : 1 aiguille 4 fois / jour

LANCETTES : 1 aiguille 4 fois / jour, 6 Mois

BANDELETTES ADAPTEES AU GLUCOMETRE : 1 Bandel 6 mois

97,40 x 3 = 293,10

TRIAEC 2.5 MG : 1 cp / jour, 6 mois

6,80 x 4 = 27,20

LEVOTHYROX 25 µg

1 cp et demi / jour avant le repas, 6 mois

sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat R.P.1.  
Ain Sebâa 20250 Casablanca  
LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5  
P.P.V. : 744DH00

6 118001 081615

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

6 118001 102006

T = 3796,30

Dr. SIHAM IDRISSE ABLOUHAJOL  
Specialiste: Endocrinologie  
Diabétologie - Nutrition - Obésité  
49, Bd 2 Mars - Casablanca  
Tél: 05 22 22 22 41 - 05 22 22 44 48  
GSM: 06 15 53 74 27

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

6 118001 102006

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

6 118001 102006

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

6 118001 102006

Casablanca  
49, شارع  
000075



**Docteur SHAM IDRISSE ABOULAHJOUL**

Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie  
et Maladies Métaboliques

Diplômée de Paris:

Diplôme de Formation Médicale Spécialisée Endocrinologie et Métabolisme

Diplôme de Thyroïdologie

Diplôme de Nutrition et Diététique

Capacité de traitement par pompe à insuline, Insulinothérapie fonctionnelle

Diabète - Cholestérol - Hypertension artérielle - Hyper et hypocalcémie

Hormones - troubles et retard de croissance et de puberté

Thyroïde - Goitre - Hypophyse - Surrénales

Trouble du cycle menstruel - Stérilité du couple

Obésité - Régimes personnalisés - Maigreux

Prise en charge nutritionnelle après chirurgie bariatrique

Conseils diététiques : femme enceinte, sujet âgé, sportif

الدكتورة سهام الإدريسي أبو لحجول

إختصاصية في علم الغدد، وداء السكري  
وأعراض الأيض



LPP: 1190296

664592 000106

Autosurveillance du glucose interstitiel  
1 capteur  
FREESTYLE LIBRE 2  
ABBOTT

حاصلة  
دبلوم  
دبلوم  
دبلوم

قدرة الم  
داء الس  
الكالس  
الغدة ال  
إضطراب

السمنة - سحيمه - انسحابه

المشورة الغذائية: للنساء الحوامل لكل السع والبروتينات

07 mars 2023

Mlle KHADIRI BOUTAINA

PATCHS FREE STYLE LIBRE 2

kit pour 3 mois (8 patches)



LPP: 1190296

Autosurveillance du glucose interstitiel  
1 capteur  
FREESTYLE LIBRE 2  
ABBOTT

ART43478-002 Rev. A 01/21

Dr. SHAM IDRISSE ABOULAHJOUL  
Specialiste : Endocrinologie  
Diabétologie - Nutrition - Obésité  
49, Bd 2 Mars - Casablanca  
Tel : 05 22 22 22 41 - 05 22 22 44 48  
GSM : 06 15 53 74 27

**ZAID RACHIDI**  
**PARACOSE**  
ICE : 002638339000095  
TEL : 06 9016 24 02  
IC : 45994151



LPP: 1190296

Autosurveillance du glucose interstitiel  
1 capteur  
FREESTYLE LIBRE 2  
ABBOTT

ART43478-002 Rev. A 01/21



LPP: 1190296

Autosurveillance du glucose interstitiel  
1 capteur  
FREESTYLE LIBRE 2  
ABBOTT

ART43478-002 Rev. A 01/21

les Roseaux - 2ème étage, N°8 (près du Lycée Mohammed V) - Casablanca  
49, شارع 2 مارس زاوية فيكتور هوغو - الطابق 2 رقم 8 (قرب ثانوية محمد الخامس)

Tél.: (+212) 5 222 222 41 - GSM: (+212) 6 15 53 74 27 - Fax: (+212) 5 22 22 44 48 - ICE: 001697508000075

PARACOSE

DATE : 09/03/2023  
NOM & PRENOM CLIENT :  
N° MOBILE :  
N° FACTURE :

MR : ZAID RACHIDI  
**FACTURE**

Quantité	Produit	Prix unité	Prix total TTC
04	FREE STYLE LIBRE2	700,00	2800,00

ZAID RACHIDI  
PARACOSE  
ICE : 002638339000095  
TEL : 06 90 16 24 02  
IF : 45994151

AUTO ENTREPRENEUR  
ICE : 002638339000095  
IF : 45994151

Pour toutes informations :

Contacter le : 0690162402 / 0701210343

[www.paracose.com](http://www.paracose.com)

**ZAID RACHIDI**  
ICE: 002638339000095  
Tél: 06 90 16 24 02  
IF: 45994151