

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.

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



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

Déclaration de Maladie

M22- 0052993

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 712 Société : 176737

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : GUENNOU LAHOUCINE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Siham IDRISSE 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

Date de consultation : 18 / 09 / 2023

Nom et prénom du malade : GUENNOU LAHOUCINE Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète

Affection longue durée ou chronique :

☐

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, vous pouvez fournir 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) :

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
18.09.23	G		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Pharmasieur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MOUHSSINE MOUHSSINE Leila 834, Av. 2 Mars Prolongée Inara Casablanca Tel. 05 22 21 09 76	18/9/23	2982,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

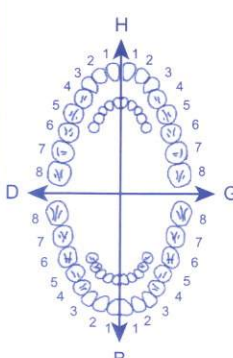
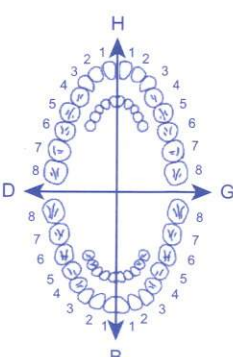
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				CCEFFICIENT 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 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	B		D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	B													
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 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 SIHAM 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

حاصلة من كلية الطب بباريس على:
دبلوم التخصص الطبي في علم الغدد وأمراض الأيض
دبلوم في علم الغدة الدرقية
دبلوم في علم التغذية

قدرة المعالجة بواسطة مضخة الأنسولين
داء السكري - الكوليسترول - إرتفاع ضغط الدم - فرط ونقص
الكالسيوم في الدم - الهرمونات - اضطرابات وتأخر النمو والبلوغ
الغدة الدرقية - النخامية - الكظرية
إضطرابات الحيض - العقم عند الزوجين
السمنة - الحمية - النحافة

المشورة الغذائية: للنساء الحوامل لكبار السن والرياضيين

18 septembre 2023

Casablanca, Le

Mr. GUENNOU LAHOUSINE

RYZODEG : 24 le matin, 3 mois

TRAJENTA 1 Cp / jour le midi pdt le repas, 3 Mois

DIPREZAR 50/12.5 MG : 1 cp / jour le matin, 3 Mois

AMLOR 5 MG : 1 cp / jour ap le diner, 3 mois

BANDELETTES A 1 Bandelette 6 fois / jour, 3 mois

Dr. Siham IDRISSE ABOULAHJOUL
Spécialiste : 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

PHARMACIE MOUHSSINE
MOUHSSINE Laha

834, Av. 2 Mars - Casablanca
Tél : 05 22 21 09 76

49, Avenue 2 Mars (angle Victor Hugo)- Immeuble les Roseaux - 2ème étage, N°8 (près du Lycée Mohammed VI) - Casablanca

E-mail : dr.sihamidrissi@gmail.com البليضاء - (قرب ثانوية محمد الخامس) - رقم 8 الطابق 2 - شارع 2 مارس زاوية فيكتور هوغو

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

5x3ml
Ryzodeg® FlexTouch®
100 unités/ml
Solution injectable en stylo prérempli
Insuline dégludec/Insuline Asparte
PPV : 1182,00 MAD

8-9564-73-250-2



TRAJENTA® 5 mg
(Linagliptine)
28 comprimés pelliculés
BOTTU S.A. PPV : 374 DH 00
10010704/01



TRAJENTA® 5 mg
(Linagliptine)
28 comprimés pelliculés
BOTTU S.A. PPV : 374 DH 00
10010704/01



TRAJENTA® 5 mg
(Linagliptine)
28 comprimés pelliculés
BOTTU S.A. PPV : 374 DH 00
10010704/01

PPV:114DH30
PER:05/26
LOT:M1601

PPV:114DH30
PER:05/26
LOT:M1601

PPV:114DH30
PER:05/26
LOT:M1601

