

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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.

Éducation :

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.

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.

N° P19- 0040042

ND: 33412

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04384 Société : RAN

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : A S M I N a i n a

Date de naissance : 21/02/1954

Adresse : 66, Avenue Hassan II, Casablanca, Casablanca

Tél. : 066.133.2849 Total des frais engagés : 311,7,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/05/2020

Nom et prénom du malade : N. S. A S M I N a i n a Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète

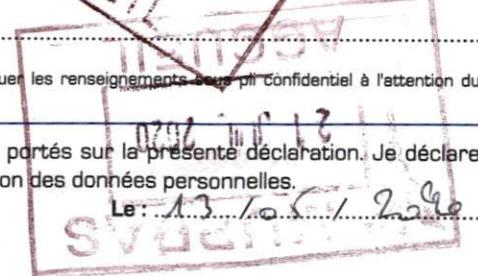
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : C.A.S.A.R.L.A.M.C.A Le : 13/05/2020

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraire	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
13.05.2020	ca		3000Dhs	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 André P. Cacahian 01, Av des Palmiers 0522311640 / 0522311640	13/5/2020	2847,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

Création, remont, adjonction)

COEFFICIENT DES TRAVAIL

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

Docteur SIHAM IDRISI ABOULAHJOU

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 - Goître - Hypophyse - Surrénales

Trouble du cycle menstruel - Stérilité du couple

Obésité - Régimes personnalisés - Maigreur

Prise en charge nutritionnelle après chirurgie bariatrique

Conseils diététiques : femme enceinte, sujet âgé, sportif

الدكتورة سهام الإدريسي أبو لحجل

اختصاصية في علم الغدد، وداء السكري

وأمراض الأيض

حاصلة من كلية الطب بباريس على :

دبلوم التخصص الطبي في علم الغدد وأمراض الأيض

دبلوم في علم الغدة الدرقية

دبلوم في علم التغذية

PHARMACIE MARRABA

André ACHOUR

01, Av des F.A.R - Casablanca

Tél: 0522 31 16 40 / 0522 31 43 69

قدرة المراجة بواسطة مضخة الأنسولين

داء السكري - الكوليستيول - ارتفاع ضغط الدم - فرط ونقص

الكالسيوم في الدم - الهرمونات - اضطرابات وتأخر النمو والبلوغ

الغدة الدرقية - النخامية - الكظرية

إضطرابات الحمض - العقم عند الزوجين

السمنة - الحمية - النحافة

الشورة الغذائية: للنساء الحوامل لتكبار البن، والياضن

13 mai 2020

Casablanca Le
Mme ASMI NAIMA

DIAMICRON 60 MG : 0 - 1 - 1/2, , 5 mois

44,70 x 8

GLUCOPHAGE 1000 MG : 1 - 0 - 1 , 5 Mois

28,00 x 10

LEVOOTHYROX 50 : 1 cp / jour le matin. 30 min avant le repas, 5 mois

13,40 x 5

LEVOOTHYROX 25 µG

6,80 x 5

1 cp / jour chaque Lundi, mercredi et vendredi et Dimanche, 5 mois

D-CURE 25 000 : 1 ampoule / mois (à mettre dans un yaourt), 5 mois

56,30 x 2

ASKARDIL 75 MG

22,40 x 2

où cardiosupra.

AVLOCARDYL : 1/4 - 1/4 - 1/4 , 5 Mois

27,70 x 3

BANDELETTES ADAPTEES AU GLUCOMETRE 1 Bandelette 4 fois / jour, 5 mois

41,80

ROSUVAS SUN 10 MG : 1 cp / j après le dîner, 5 mois

135,00

JANUVIA 50 1 Cp / j pendant le Déjeuner pendant 5 Mois

157,80 x 5

PHARMACIE MARRABA

André ACHOUR

01, Av des F.A.R - Casablanca

Tél: 0522 31 16 40 / 0522 31 43 69

Dr SIHAM IDRISI ABOULAHJOU
Endocrinologue - Diabète -
Thyroïde - Endocrinologie - Diabète -
Thyroïde - Endocrinologie - Diabète -
Thyroïde - Endocrinologie - Diabète -

2847,90

49, Avenue 2 Mars (angle Victor Hugo)- Immeuble 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) - البيضاء

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

FRANCE74785/090514-1
ANM/120/14DMP/21/NRQ

JANUVIA® 50 mg
Boîte de 28 Comprimés pelliculés
Distribué par MSD Maroc
P.P.V : 301,00 DH



JANUVIA® 50 mg
Boîte de 28 Comprimés pelliculés
Distribué par MSD Maroc
P.P.V : 301,00 DH



JANUVIA® 50 mg
Boîte de 28 Comprimés pelliculés
Distribué par MSD Maroc
P.P.V : 301,00 DH

GEN (0) PPC : 135 Dhs

Lot n°:

EXP:

PPV:

157 DH 80

44,70**44,70**

D-CURE® AMPOULE

56,30 DH
19K13/B
11/2021

PPV:

LOT:

EXP:

56,30 DH
20014/B
04/2022

PPV:

LOT:

EXP:

D-CURE® AMPOULE

**44,70****44,70****44,70****44,70****44,70****44,70**

Lot n°:

EXP:

PPV:

157 DH 80

ثليکوفاج 1000 مع

28,00

ثليکوفاج 1000 مع

LOT 191703
EXP 11/2022
PPV 28.00DH

LOT 191912
EXP 12/2022
PPV 28.00DH

LOT 191920
EXP 12/2022
PPV 28.00DH

28,00

41,80

ثليکوفاج 1000 مع

LOT 200166
EXP 02/2023
PPV 28.00DH

ثليکوفاج 1000 مع

LOT 200166
EXP 02/2023
PPV 28.00DH

ثليکوفاج 1000 مع
كلورهيدرات الميتفورمين
30 قرص مغلف

28,00

28,00

ثليکوفاج 1000 مع
كلورهيدرات الميتفورمين
30 قرص مغلف

28,00

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés

PPV 22DH40
EXP 01/2022
LOT 90039 6

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés

PPV 22DH40
EXP 02/2022
LOT 90039 10

ثليکوفاج 1000 مع

LOT 200408
EXP 03/2023
PPV 28.00DH

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acetylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acetylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acetylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

6 118001 090280

LOT 191909
EXP 12/2022
PPV 28.00DH

ثليکوفاج 1000 مع

LOT 200166
EXP 02/2023
PPV 28.00DH

ثليکوفاج 1000 مع

LOT 191907
EXP 11/2022
PPV 28.00DH



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 102013

Levothyrox® 50µg.

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg.

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg.

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

41

7862160336



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg.

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg.

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg.

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH



7862160335

7862160336

7862160336

7862160336