

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W19-441937

42476

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	05936	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	AYOUT HASPAN
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Téléphone :	0661403847	Total des frais engagés	1107 Dhs
Cadre réservé au Médecin			
Dr. Siham IDRISI ABDELAHOUZ Spécialiste : Endocrinologie - Diabétologie Nutrition - Obésité 43, Angle 2 Mars et Victor Hugo - 2 ^e Etage N° 8 Casablanca			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Hypothyroïdie			
Nature de la maladie :			
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 04/01/2020
 Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE CHAAB Rue 226 N° 23 25 Hay Mly Abdellah, Ain Chok Casablanca Tél : 05 22 52 66 17	29.09.2020	 PHARMACIE CHAAB Rue 226 N° 23 Mly Abdellah, Ain Chok Casablanca 1107,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

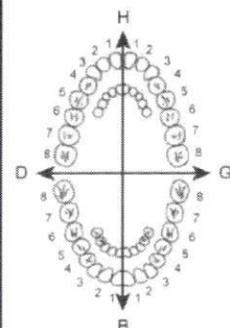
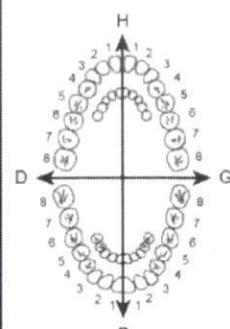
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D 00000000 35533411	B 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

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 الغدد الهرمونية

دبلوم في علم التغذية

قدرة المعالجة بواسطة مضخة الأنسولين

داء السكري - الكوليستيول - ارتفاع ضغط الدم - فرط ونقص

الكالسيوم في الدم - الهرمونات - إضطرابات وتأخر النمو والبلوغ

الغدة الدرقية - النخامية - الكظرية

إضطرابات الحمض - القمع عند الزوجين

السمنة - الحمية - النحافة

المشورة الغذائية: للنساء الحامل، الكبار، المسنون، والرياضيين

29 septembre 2020

Mme CHEGDAL CHAIBIA

10.45 X 3

METFORMINE WIN 500

mois

1 cp après déjeuner et 1 cp après dîner, 3

10.45 X 3

CIVASTINE 10

1 CP Après le dîner, 3 Mois

13.45 X 3

LEVOTHYROX 50 µG

mois

1 cp / jour le matin 30 min avant le repas, 3

6.45 X 3

LEVOOTHYROX 25 µG

mois

1/2 cp / jour le matin 30 min avant le repas, 3

29.3.

PNEUMOVAX 23 25µG / DOSE, SUSPENSION INJECTABLE

Dose unique voie intramusculaire ou par voie sous-cutanée.

195.0

GLUCOMETRE ACCU-CHEK

KIT COMPLET

28.8.4

VITANEVRYL FORT CP

2 - 0 - 2 après les repas pendant 1 mois

132.0

ADDAX HYDRAFEET KERATOREGULATOR

jour

1 app au mat des pieds 2 fois /

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 هوكر - 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

PHARMACIE CHAAB
RUE 226 N° 23-25 Hay
Mly Abdellah 4in Chok Casab
Tel: 0522 52 66 77

DR ISSA ABOULAHJOU
Endocrinologie - Diabétologie
Nutrition - Obésité
Hugo - 2nd Floor N° 8 Casab
05.22.22.24.48

11.01.2020



PHARMACIE CHaab

BABA HABIBA

Page :1

FACTURE

N° FACTURE :111080

Date :01/10/2020

Client :

CHEGDAL CHAIBIA

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
ACCU-CHEK APARAIL	1	195.00	195.00

Total TTC = 195.00

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : CENT QUATRE-VINGT-QUINZE DHS

Bon rétablissement

valable 3 mois

Le 29/09/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que M^{me}, M^{me}, M^{me} : Cheydal Chaibra

Présente Hypothyroïdie Pratik

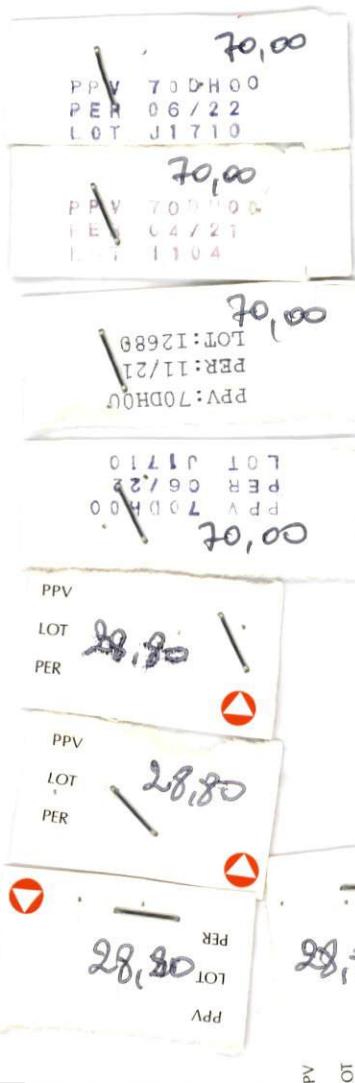
Nécessitant un traitement d'une durée de : 3 mois

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca



PHARMACIE CHAAB
Rue 226 N° 23-25 Hay
My Abdellah, Ain Chok Casa
Tel : 05 22 52 66 17

