

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.



Declaration de Maladie

N° W19-436681

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 15216 Société : R A M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ARIRENE HASSAN

Date de naissance : 01/01/49

Adresse : LOT ATTABAMOUNE RUE 6 M=50

OUL FA CASA

Tél. : 0676027441

Total des frais engagés : 4829,70

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/12/2020

Nom et prénom du malade : ARIRENE HASSAN Age : 70

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'at: médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA Le : 27/01/2021

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.

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
05/12/2029	Ca		20.008	INP : 05 44 10 00 Dr. Siham IDRIS LABOULAL Spécialiste : Endocrinologie - Diabétologie Nutrition - Obésité 05. Angèle P. - Victor Hugo - 2 ^e Etage N°8 Casa Tél : 222.222.477 Fax : 05.22.22.44.48 0615537427

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/12/19	4629.70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

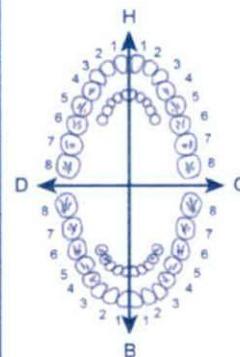
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

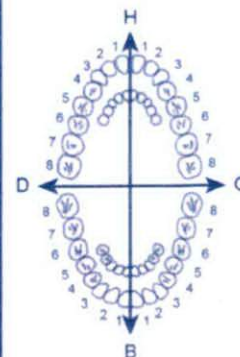
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
00000000	00000000
35533411	11433553

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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'EXE

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

الدكتور 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 - ارتفاع ضغط الدم - فرط ونقص

الكالسيوم في الدم - الهرمونات - اضطرابات وتأخر النمو والبلوغ

الغدة الدرقية - النخامية - الكظرية

اضطرابات الحيض - العقم عند الزوجين

السمنة - الحمية - النحافة

المشورة الغذائية: للنساء الحوامل الكبار السن والرياضيين

05 décembre 2019

Mr. ARIRENE HASSAN

GALVUS MET 50/1000 : 1 - 0 - 1 pendant les repas, 4 mois

DIAMICRON 60 MG : 0 - 1cp et demi - 0 après le repas, 4 Mois

ASKARDIL 75 MG 1 cp au cours du repas de midi pendant 2 mois

puis KARDEGIC 75 MG : 1 sachet / jour, 2 mois

CRESTOR 5 MG

1 cp 1 jour/2 après le diner pendant 4 mois

BANDELETES ADAPTEES AU GLUCOMETRE

1 Bandelette 4 fois / jour pendant 4 mois

D-CURE 25 000

1 ampoule / mois (à mettre dans un yaourt) pendant 4 mois

JARDIANCE 25 MG : 1cp/j le midi, 1 Mois

puis JARDIANCE 10 MG : 1 cp / jour pdt 3 mois

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

E-mail : dr.sihamidrisi@gmail.com - البيضاء (قرب ثانوية محمد الخامس) - الطابق 2 رقم 8

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

6 118001 041077
Jardiance 10 mg
(Empagliflozine)
30 comprimés pelliculés
PPV: 550 DH 00
BOTTU S.A.

LOT: YNE002
PER: 01/2021
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V.: 30DH70
6 118000 061847

6 118001 041077
Jardiance 10 mg
(Empagliflozine)
30 comprimés pelliculés
PPV: 550 DH 00
BOTTU S.A.

LOT: 19E002
PER: 04/2021
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V.: 30DH70
6 118000 061847

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 5mg cp pel b30
P.P.V.: 196,20 DH
6 118001 183104

1815345 MA
6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés
PPV: 390.00 DH

1815345 MA
6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés
PPV: 390.00 DH

78,70

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles
PPV 22DH40
EXP 06/2021
LOT 940263

78,70

78,70

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles
LOT 800154
EXP 01/2021
PPV 22DH40

6 118001 041084
Jardiance 25 mg
(Empagliflozine)
30 Comprimés pelliculés
BOTTU S.A.
PPV : 550 DH 00

6 118001 041077
Jardiance 10 mg
(Empagliflozine)
30 comprimés pelliculés
BOTTU S.A.
PPV: 550 DH 00

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 5mg cp pel b30
P.P.V.: 196,20 DH
6 118001 183104

6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH