

## 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 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.

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



## Déclaration de Maladie

N° W19-546365

67107

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>7951</b>	Société : <b>R.A.M</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>LAMRABET AHMED</b>			
Date de naissance : <b>01/04/1966</b>			
Adresse : <b>ANDALOUS 1 RUE 3 N° 54 CASABLANCA</b>			
Tél. : <b>0649 9826 79</b>	Total des frais engagés : _____ Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :	 Dr. Siham IDRISI ABOU LAHOUCE Spécialiste : Endocrinologie - Diabétologie Nutrition - Obésité 4 Avenue 2 Mai Street Victor Hugo - 2 <sup>e</sup> Etage N° 10 Case 222 Tel: 05 22 27 22 78 Fax: 05 22 27 22 78		
Date de consultation :	<b>13/04/2021</b>		
Nom et prénom du malade :	<b>SABA AZIZA</b>		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<b>Hypothyroïdie</b>		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer ces renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.			

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

Fait à : **CASABLANCA**

Signature de l'adhérent(e) :



### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-546365

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : **7951**  
 Nom de l'adhérent(e) : **LAMRABET AHMED**  
 Total des frais engagés : **4784,80**  
 Date de dépôt : **13/04/21**

### RELEVE 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
03/04/2021	C2	30000		INP : 03/04/2021 SIRAM IDRISI ABOU Spécialiste Endocrinologie - Diabétologie Nutrition - Obésité Etablissement Hugo 2 - Etage N° 2 Date 05/04/2021

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE RELA ALAMI ASARAFI BANCA T941 05/04/2021	21/04/21	184.80

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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.

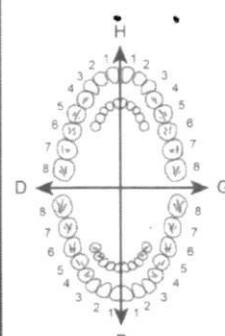
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 :
				INP : [ ]
				Coefficient des travaux [ ]
				Montants des soins [ ]
				Début d'exécution [ ]
				Fin d'exécution [ ]
				Coefficient des travaux [ ]
				Montants des soins [ ]
				Date du devis [ ]
				Date de l'exécution [ ]

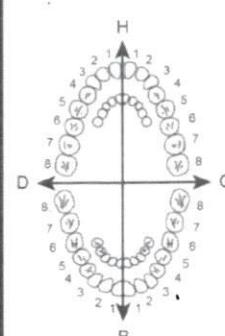


ODF PROTHÉSES DENTAIRES

DENTÉRATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

# Docteur SIHAM IDRISI ABOULAHJOU

Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie et Maladies Métaboliques

Diplôme 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 - Maigreurs

Prise en charge nutritionnelle après chirurgie bariatrique

Conseils diététiques : femme enceinte, sujet âgé, sportif

# الدكتورة سهام الإدريسي أبو حجول

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

قدرة المعالجة بواسطة مضخة الأنسولين

داء السكري - الكوليسترون - ارتفاع ضغط الدم - فرط ونقص

الكالسيوم في الدم - الهرمونات - إضطرابات وتأخر النمو والبلوغ

الغدة الدرقية - التحامية - الكظرية

إضطرابات الحيض - المقم عند الزوجين

السمنة - الخصبة - النحافة

المشورة الغذائية: للنساء الحوامل لكتاب السن والرياضيات

07 avril 2021

Casablanca Le .....  
Mme SABRI AZIZA

1340. X 3



LEVOTHYROX 50  
1 cp / jour

A prendre le matin. 30 min avant le repas pendant 3 mois

49-60

D-CURE FORTE 100 000

1 ampoule (à mettre dans un yaourt) tous les 3 mois

gfa  
extra  
Siham IDRISI ABOULAHJOU  
Spécialiste Endocrinologie - Diabète  
et Nutrition - Obésité  
et Goitre - Hypophyse - Surrénales  
Tél: 05.22.22.22.22  
Fax: 05.22.22.22.22

3 mois  
Siham IDRISI ABOULAHJOU  
Spécialiste : Endocrinologie - Diabète  
et Nutrition - Obésité  
et Goitre - Hypophyse - Surrénales  
Tél: 05.22.22.22.22  
Fax: 05.22.22.22.22

184.20  
PHARMACIE BELALAM  
N°1  
Rue 23  
CASABLANCA  
Tél: 05.22.22.80.79.41  
Fax: 05.22.22.80.79.41  
E-mail: dr.sihamidrissi@gmail.com

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)

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

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20J26  
EXP: 10/2023

15

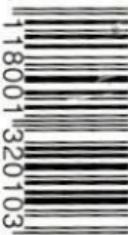
Solution huileuse buvable

Fabriqué par :



SMB TECHNOLOGY S.A.  
39 rue du Parc Industriel,  
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique.

6 118001 320103



Herrableur  
O



D3 00000  
100 000 000 000 000

3-5-6-7

3 000 000 000 000 000

EXP:  
Lot:  
Fab:

04/2023  
600KLW  
05/2020

Distribué par: Cooper Pharma, 41  
Rue Mohamed Diouri 20110  
Casablanca, Maroc Amina Daoudi  
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé  
37 rue Saint-Romain  
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:  
Merck KGaA,  
Frankfurter Strasse 250  
64293 DARMSTADT  
Allemagne



6 118001 102013

1 CP	MATIN
1/2 CP	A JEUN

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30



PPV: 13,40 DH

7862160336

EXP:  
Lot:  
Fab:

04/2023  
600KLW  
05/2020

Distribué par: Cooper Pharma, 41  
Rue Mohamed Diouri 20110  
Casablanca, Maroc Amina Daoudi  
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé  
37 rue Saint-Romain  
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:  
Merck KGaA,  
Frankfurter Strasse 250  
64293 DARMSTADT  
Allemagne



6 118001 102013

1 CP	MATIN
1/2 CP	A JEUN

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30



PPV: 13,40 DH

7862160336

EXP:  
Lot:  
Fab:

04/2023  
600KLW  
05/2020

Distribué par: Cooper Pharma, 41  
Rue Mohamed Diouri 20110  
Casablanca, Maroc Amina Daoudi  
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé  
37 rue Saint-Romain  
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:  
Merck KGaA,  
Frankfurter Strasse 250  
64293 DARMSTADT  
Allemagne



6 118001 102013

1 CP	MATIN
1/2 CP	A JEUN

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30



PPV: 13,40 DH

7862160336

# Extra mag®

TRIPLE ACTION

1 PRISE  
/JOUR

Soit 100 % des AJR\*

- VERVEINE

<sup>3</sup>Aide à l'endormissement en cas de TROUBLES DU SOMMEIL

- MAGNÉSIUM MARIN

<sup>1</sup>Participe à la résistance au STRESS

- VITAMINE B6 & MAGNÉSIUM

<sup>2</sup>Contribuent à réduire la FATIGUE



30

Comprimés tri-couches

Complément alimentaire Poids net : 21,5 g



COOPER  
PHARMA