

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

ditions 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

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



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

68563

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 712 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Ghennou Lahoucine

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19.1.2011

Nom et prénom du malade : Mabrouk Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Mabrouk

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



Déclaration de Maladie

Nº P19-0035526

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/04/2021	2212,30

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 canalaire, ainsi que le bilan d'exploration.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur SIHAM IDRISI ABOULAHJOU

Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie et Maladies Métaboliques

Diplômé 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 لحجل

اختصاصية في علم الغدد، وداء السكري

وأمراض الأيتام

حاصلة من كلية الطب بباريس على :

diplôme du spécialiste en médecine dans le domaine de la glande thyroïde et les maladies métaboliques

diplôme en médecine de l'adolescence et de la puberté

diplôme en médecine de l'obésité et de la minceur

قدرة المعالجة بواسطة مضخة الأنسولين

داء السكري - الكوليستيول - ارتفاع ضغط الدم - فرط ونقص

الكالسيوم في الدم - الهرمونات - اضطرابات وتأخر النمو والبلوغ

الغدة الدرقية - التخامية - الكظرية

اضطرابات الحيض - القمع عند الزوجين

السمنة - الخصبة - النحفة

المشورة الغذائية: للنساء الحوامل لتكبير الصدر واليافوش

19 avril 2021

Mr. GUENNOU HOUSSINE Casablanca, le

40,10 x 62 = 240,60

1/ GLEMA 2 MG 2 cp / jour le matin à jeun, 3 Mois

21,50 x 6 = 129,00 2/ DIAFORMINE 1000: 1 - 0 - 1 pendant les repas pendant 3 mois

99,10 x 3 = 297,30 3/ COSTAL 20 MG : 1 cp / j après le repas, 3 Mois

126,10 x 3 = 378,30 4/ DIPREZAR 50/12,5 MG : 1 cp / jour le matin, 3 Mois

136,60 + 89,50 = 225,10 5/ AMLOR 5 MG : 1 cp / jour ap le diner pendant 3 mois (4 boîtes)

49,00 6/ MYCODERM Poudre

1 application entre les orteils 3 fois / jour pendant 3 mois

744,00 + 152,50 = 896,50 7/ LANTUS SOLOSTAR : 20 UI le soir, 3 mois

2212130

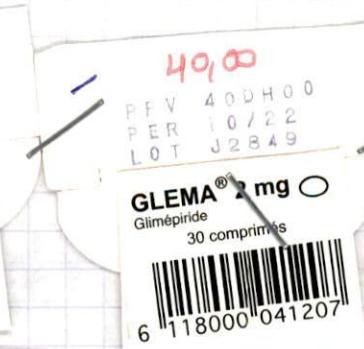


49, Avenue 2 Mars (angle Victor Hugo)- Immeuble les Roseaux - 2ème étage, N°8 (près du Lycée Mohammed V) - Casablanca

شارع 2 مارس زاوية فيكتور هوغو - الطابق 2 رقم 8 (قرب ثانوية محمد الخامس) - البيضاء

E-mail : dr.sihamidrissi@gmail.com

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



UT.AV : 12/2023
LOT N°: 1209 - 21

P.P.V.



LOT: 08220027
PER: 11/2025
PPV: 49,00 DH

MYCODERME® 1%
Poudre dermatique

Flacon de 30 g



PPV 21DH00
PER 10/23
LOT J2694



PPV 21DH00
PER 10/23
LOT J2694



PPV 21DH00
PER 01/24
LOT K088

Sanofi-aventis Maroc
Roule de Rabat - R.P.1,
An sebaâ Casablanca
Lantus SoloStar 100U/ml inj
b1 stx 3ml
P.P.V.: 152,50 DH

6 118001 081508



PPV 21DH00
PER 01/24
LOT K088

Sanofi-aventis Maroc
Roule de Rabat - R.P.1,
An sebaâ Casablanca
Lantus 100U/ml, inj b6 stx
P.P.V.: 744,00 DH

6 118001 081615