

# 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.

## 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.

## Educations :

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.

## Adresses Mails utiles

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 067170

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2949 Société : 108074  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : OUAHIA LITHIEN  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Siham IDRISSI ABOU LAHJOUJ  
Spécialiste : Endocrinologie - Diabétologie  
Nutrition - Obésité  
49, Angle 2 Mars et Victor Hugo - 2<sup>e</sup> Etage N°3 Case  
22 222 41 / Fax: 05 22 22 78 18  
Date de consultation : 10/03/2022  
Nom et prénom du malade : EL BAZZAN Semlali  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie : diabète - hypothyroïdie  
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) :



# 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
10/03/2022	Ca		30008	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10.03.2022	218970

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				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																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# 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 - Malignité

Prise en charge nutritionnelle après chirurgie bariatrique

Conseils diététiques : femme enceinte, sujet âgé, sportif

# الدكتورة 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 - التحفاة

المشورة الغذائية: للنساء الحوامل لكبار السن والرياضيين

10 mars 2022

Casablanca, Le

Mme EL BEZZAZ SEMLALI LALLA SAADIA

DIAMICRON 60

1 cp le matin à avant le repas, 4 mois

STAGID 700 MG

1 - 1 - 1 après les repas, 4 mois

LEVOTHYROX 100

1 cp / jour du lundi au samedi

1/2 cp / jour, le Dimanche le matin. 30 min avant le repas, 4 mois

ATACAND 4 MG

1/2 cp / jour, 4 mois

CARDIOASPIRINE 100 MG

1 cp au cours du repas de midi, 4 mois

D3NORM 200

5 gouttes / jour pdt 4 mois

MAGMINE

1 cp / jour le soir au coucher, 4 mois

OMEGA COEUR

1 capsule / jour, 3 mois

JUVATONUS GEL

2 gélules / jour au cours du repas du matin, 1 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 - 8 رقم 8 (قرب ثانوية محمد الخامس) - الطابق 2 - 49 شارع 2 مارس زاوية فيكتور هوغو -

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



**OMEGACOEUR**

Un produit Holistica  
A consommer de préférence avant fin :  
Best before

3 477280 000032

Poids net / Net weight **44 g**  
Complément alimentaire  
Food supplement  
Code ACL: 340157  
N° enregistrem. 2550

LOT40 PROD 06/2021  
EXP 06/2024

DA2014990710DMP/21/RQv2

Complément alimentaire - N'est pas un médicament, conformément à la réglementation.

**uvaton**

GR101 0324

LOT	PER
Prix	99.00

**OMEGACOEUR**

Un produit Holistica  
A consommer de préférence avant fin :  
Best before

3 477280 000032

Poids net / Net weight **44 g**  
Complément alimentaire  
Food supplement  
Code ACL: 34015714341  
N° enregistrem. 2550

LOT40 PROD 06/2021  
EXP 06/2024

.014990710DMP/21/RQv2

Complément alimentaire - N'est pas un médicament, conformément à la réglementation.

**Juvaton**

GR101 0324

LOT	PER
Prix	99.00

78,70

242600060-02

78,70

242600060-02

LOT 212945  
EXP 11/2024  
PPV 107.60

LOT 212945  
EXP 11/2024  
PPV 107.60

LOT 213050  
EXP 11/2024  
PPV 107.60

LOT 212864  
EXP 11/2024  
PPV 107.60



6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342

MB783 0724

LOT PER  
Prix 99-00

Poids net : 33

MB777 0124

LOT PER  
Prix 129-00

N° du certificat d'enregistrement

Résidence CASA 128

Fabrique par : Laboratoires JUVA F  
Rue Avogadro, Technopole Sud - 5760

Importé par PROMOS

Résidence C  
N° du certificat d' : MB777 0124

LOT PER  
N° lot : Prix 129-00

Péremption : 2024-01

Lot: 210704  
A consommer avant le: 09/2024  
PPC: 89,50 DH

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



6 118001 090280

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



6 118001 090280

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



6 118001 090280

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



6 118001 090280

SYNTHEMEDIC

22 rue Soubeir brou al soum roches  
noires casablanca  
ATACAND

4 mg  
Bte de 30  
13878 DMP/21NRQ P.P.V. : 119,50 DH

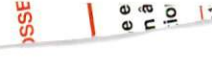


6 118001 020522

SYNTHEMEDIC

22 rue Soubeir brou al soum roches  
noires casablanca  
ATACAND

4 mg  
Bte de 30  
13878 DMP/21NRQ P.P.V. : 119,50 DH



6 118001 020522