

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.

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 Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-625695

118124

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1956 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENCHEKROUN ANISSA

Date de naissance : 18/05/1956

Adresse : 109 RUE MONTAINGN VAL FLEURI

CASABLANCA

Tél : 0661485924 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Siham IDRISI
Spécialiste : Endocrinologie - Diabétologie
Nutrition - Obésité
Mars et Victor Hugo - 2ème Etage - Hôpital Casa
Angle 222.222.41 / Fax: 05.22.22.22.41

Date de consultation : 31/05/2022

Nom et prénom du malade : Benchekroun Anissa Age :

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'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) : Ben

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature attestant le Paiement
31/05/2022	ca		3000Fr	INT: 19844

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmeur	Date	Montant de la Facture
	31/05/22	474,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

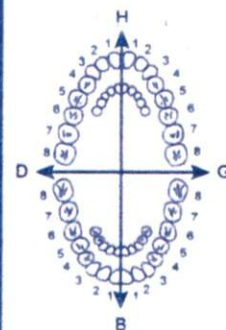
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

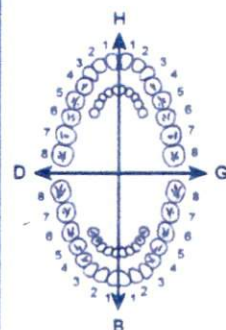
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

(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'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 - Maigreur

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 - النحافة

المشورة الغذائية: للنساء الحوامل لكبار السن والمريضين

31 mai 2022

Mme BENCHEKROUN ANISSA

28,00x9

GLUCOPHAGE 1000 1 - 1 - 1 pendant les repas, 3 mois

13,40x3

LEVOTHYROX 50 1 cp / jour le matin. 30 min avant le repas, 3 mois

6,80x3

LEVOTHYROX 25 µg 1 cp / jour le matin 30 min avant le repas, 3 mois

BANDELETTES ADAPTEES AU GLUCOMETRE

1 Bandelette 4 fois / jour pendant 3 mois

40,50x4

TARDYFERON 80 MG

0 - 1 - 1 après le repas pendant 2 mois



Dr. SIHAM IDRISSE ABOULAHJOUL
Spécialiste : Endocrinologie - Diabétologie
Nutrition - Obésité
Angle 2 Mars - Casablanca - 2ème étage
Tél: 0522 222 41 17 - 05 22 22 44 48

Pharmacie ABT HOURAIRA
Dr. BELLEMLIH Houdo
21, Bd Abt Houraira, "E"
CASABLANCA
Tél: 0522 22 33 75

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

E-mail : dr.sihamidrissi@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

Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés



28,00

28,00

Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés



28,00

Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés



28,00

Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés



28,00

Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés



28,00

Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés



28,00

Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés



29,00

Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés



28,00

PPV : 40,50 DH



Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAQUIDI

319334

PPV : 40,50 DH



Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAQUIDI

319334

7862160336



Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV : 13,40 DH



7862160336



Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV : 13,40 DH



7862160336



Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV : 13,40 DH



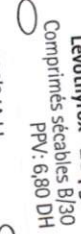
7862160335



Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV : 6,80 DH



7862160335



Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV : 6,80 DH



7862160335



Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV : 6,80 DH



319334



6 118001 103041

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH

319334



6 118001 103041

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH