

COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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

- Reclamation : 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

M22- 0018142

1333
B
B333

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **8714** Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **KHADIRI**

WAHID

Date de naissance : **05/05/68**

Adresse : **10, Rue Gresset** Hôpital **Casa**

Tél. : **06.62.77.91.75** Total des frais engagés : **300+3475+4500** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **08/10/2022**

Nom et prénom du malade : **Khadri Boutaïne**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Diabète**

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : **Pathologie**

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 : **Casablanca**

Le : **07/10/2022**

Signature de l'adhérent(e) : **Abdel**

Abdel

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
08/10/2022	Ca		300,00	DR. JUAN SANCHEZ Endocrinologue Nutrition - Obesité Victor Hugo 2 11/Fax: 0521-222222

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE MASJID C.I.L. Dr. Santa Aboumerouane Lotissement du Stade Essalam, C.I.L - Casa 61 - 0522 39 88 22	08/10/2022	Total 3476,00

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	
ZAID RACHIDI PARACOSE ICE : 002668333900095 TEL : 06 90 16 24 02 IF : 45994151	13/10/2022					4500,00 DH

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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				COEFFICIENT DES TRAVAUX										
				MONTANTS DES SOINS										
				DEBUT D'EXECUTION										
				FIN D'EXECUTION										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>				H	21433552	D	00000000	B	00000000	G	35533411	H	11433553
H	21433552													
D	00000000													
B	00000000													
G	35533411													
H	11433553													
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX										
				MONTANTS DES SOINS										
				DATE DU DEVIS										
				DATE DE L'EXECUTION										

Docteur SIHAM IDRISI ABOULAHJOU

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 - Goître - 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 لحجل

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 - الكوليستيول - ارتفاع ضغط الدم - فرط ونقص

الكالسيوم في الدم - الهرمونات - إضطرابات وتأخر النمو والبلوغ

الغدة الدرقية - النخامية - الكظرية

إضطرابات الحوض - المقم عند الرؤوس

السمنة - الحمية - التناحفة

المشورة الغذائية: للنساء الحوامل والمسنن والرياضيين

08 octobre 2022

Casablanca Le
Mme KHADIRI BOUTAINA

PATCHS FREE STYLE LIBRE 2

kit pour 3 mois : 6 patchs

Dr. SIHAM IDRISI ABOULAHJOU
 Spécialiste : Endocrinologie - Diabétologie
 Nutrition - Obésité
 Avenue 2 Mars et Victor Hugo - 2^e Etage N°8 Casablanca
 Tél.: 05 22 222 222.41 / Fax: 05 22 222 44 48

ZAID RACHIDI
 PARACOSE
 ICE : 002648339000095
 TEL : 06 9016 24 02
 IF : 45994151

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 هوكر - الطابق 2 رقم 8 (قرب ثانوية محمد الخامس) - البيضاء 49

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



PARACOSE



DATE : 13 / 10 / 2022

NOM & PRENOM CLIENT : KHADIRI
BOUTAINA

N° MOBILE :

N° FACTURE :

MR : ZAID RACHIDI

FACTURE

Quantité	Produit	Prix unité	Prix total TTC
6	6 capteurs Free style libre 2	750,00DH	4500,00DH

AUTO ENTREPRENEUR
ICE : 002638339000095
IF : 45994151

Pour toutes informations :

Contacter le : 0690162402 / 0701210343

www.paracose.com

ZAID RACHIDI
PARACOSE
ICE : 002638339000095
TEL : 06 9016 24 02
IF : 45994151