

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie


M22- 0012980

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1956 Société : 164831
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENCHEKROUN ANISSA
 Date de naissance : 18/05/1956
 Adresse : 109, Rue Montaigne V. d. f. l. m. r. i.
CASABLANCA
 Tél : 0551465224 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 03/06/2023
 Nom et prénom du malade : BENCHEKROUN ANISSA Age : 67
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC 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 : 03/06/2023
 Signature de l'adhérent(e) : Benc

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
03.06.2013	C2		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ABU HOURAIRA Dr. BELLEMLIH HOUCHE 21, Bd Abi Houraira, "E" CASABLANCA Tél: 05 22 22 38 33 75	03/06/13	340,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

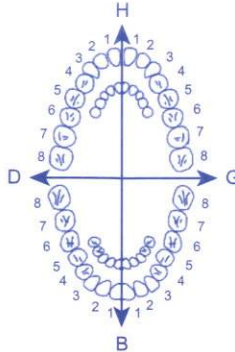
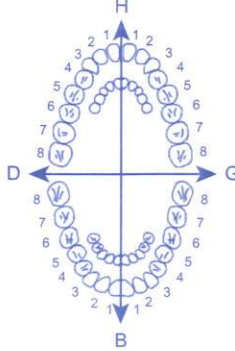
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

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 - Malgreur

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 - إرتفاع ضغط الدم - فرط ونقص

الكالسيوم في الدم - الهرمونات - اضطرابات وتأخر النمو والبلوغ

الغدة الدرقية - النخامية - الكظرية

إضطرابات الحيض - العقم عند الزوجين

السمنة - الحمية - النحافة

المشورة الغذائية: للنساء الحوامل لكبار السن والرياضيين

03 juin 2023

Casablanca, Le

Mme BENCHEKROUN ANISSA

28, 4x10

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

13, 4x3

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

6, 3x3

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

BANDELETTES

1 Bandelette 4 fois / jour, 3 mois

340, 60

Dr. Siham IDRISSE ABOULAHJOUL
Specialiste : Endocrinologie
Diabétologie - Nutrition - Obésité
49, Bd 2 Mars - Casablanca
Tél : 05 22 22 22 41 05 22 22 44 48
GSM : 06 15 53 74 27

Pharmacie ABOULAHJOUL
Dr. BELLEMLIN Houda
21, Bd Abi Houraira, "E"
CASABLANCA
Tél : 05 22 22 22 41 05 22 22 44 48

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

E-mail : dr.sihamidrisse@gmail.com البيضاء (قرب ثانوية محمد الخامس) - رقم 8 الطابق 2 - زاوية فيكتور هوغو - مارس 2 شارع

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 Comprimes pelliculés

LOT 221664
EXP 11/2025
PPV 28.00DH

28,00

Glucophage® 1000mg
30 Comprimes pelliculés



Glucophage® 1000mg
30 Comprimes pelliculés

28,00



Glucophage® 1000mg
30 Comprimes pelliculés

LOT 221255
EXP 09/2025
PPV 28.00DH



Glucophage® 1000mg
30 Comprimes pelliculés

28,00



Glucophage® 1000mg
30 Comprimes pelliculés

LOT 230 389
EXP 02/2026
PPV 28.00DH



LOT 221664
EXP 11/2025
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg
30 Comprimes pelliculés

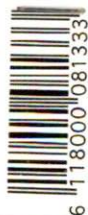
Glucophage® 1000mg
30 Comprimes pelliculés

LOT 230 389
EXP 02/2026
PPV 28.00DH



LOT 230 389
EXP 02/2026
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg
30 Comprimes pelliculés



Glucophage® 1000mg
30 Comprimes pelliculés

LOT 230 389
EXP 02/2026
PPV 28.00DH

7862160336



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

7862160336



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

60336



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

7862160335



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

7862160335



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

7862160335



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