

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W19-501022

ND: 13708

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricule : 3183 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL AMRANI JOUTEY Abdelilah

Date de naissance : 21/12/1953

Adresse : VILLA 7 Lotissement TOURIA

Bouygoura CASA

Tél. : 0661595001 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin : M. El Amrani IDRISI ABOU
Spécialiste : Endocrinologue Diabète
Nutrition
49, Angle 7 Mars et Victor Hugo - 2^e étage
Tel: 05 22 22 41 41-41 48

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/12/2019

Nom et prénom du malade : EL Amrani Joutey Abdelilah Age : _____

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 : _____

Signature de l'adhérent(e) : El Amrani Joutey Abdelilah

24 DEC. 2019

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
16/02/2010				INP : 1993166876
	Ca		300 Dhs	<i>(Handwritten signature over the INP number)</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>(Handwritten signature over the title)</i>	16/02/2010	10011180

ANALYSES - RADIGRAPHIES

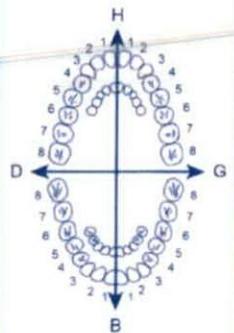
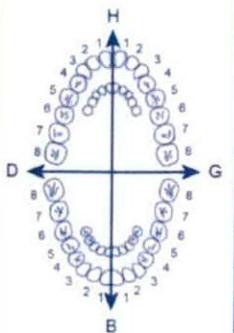
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	COEFFICIENT DES TRAVAUX
			25533412 21433552 00000000 00000000
			D G
			00000000 00000000 35533411 11433553
B			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	MONTANTS DES SOINS
DATE DU DEVIS			
DATE DE 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 - Goître - Hypophyse - Surrénales

Trouble du cycle menstrual - 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 حجول

اختصاصية في علم الغدد، وداء السكري وأمراض الأيض

حاصلة من كلية الطب بباريس على:

د. أمراض الأيض

LOT: 011
PER: AVR 2021
PPV: 237 DH 00

LOT: 011
PER: AVR 2021
PPV: 237 DH 00

المشورة المقدمة للتسهيلات الطبية بدار البيضاء

16 décembre 2019

Mr. EL AMRANI JOUTEY ABDELILAH

841,00

LEVEMIR FLEXPEN : 12 UI / jour, 3 Mois

JANUMET 50 / 1000 : 1 - 0 - 1, 3 Mois

LEVOOTHYROX 50 : 1 cp / jour le matin. 30 min avant le

BANDELETTES ADAPTEES AU GLUCOMETRE

1 Bandelette 4 fois / jour pendant 3 mois

AIGUILLES NOVOFINE 8MM : 1 boite

ONIFINE 250 MG : 1 cp / jour pendant 3 mois

MAGMINE

1 cp / jour le soir au coucher pendant 2 Mois

MELIVAL

1 cp le soir si besoin

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

age, N°8 (près
8 رقم الطابق 2 212) 5 22 22

7862160342

6 118001 160495
JANUMET® 50/1000 mg
AMM 59DMP/21/NCI
Boîte de 56 comprimés pelliculés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V: 437,00 DH

6 118001 160495
JANUMET® 50/1000 mg
AMM 59DMP/21/NCI
Boîte de 56 comprimés pelliculés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V: 437,00 DH

6 118001 160495
JANUMET® 50/1000 mg
AMM 59DMP/21/NCI
Boîte de 56 comprimés pelliculés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V: 437,00 DH

film coated for maximum comfort

Easy•Touch[®]

PEN NEEDLES

31 GAUGE	3/16" <hr/> 5mm
--------------------	----------------------------------



100 Pen Needles

Universal Fit*
Compatible With Most
Insulin Pen Delivery Devices

1130389301

On Call® Plus

Blood Glucose Test Strips

REF G133-111



Info Pharma
Distributeur exclusif

ACON®

ACON Laboratories, Inc.
10125 Mesa Rim Road
San Diego, CA 92121, USA
www.acondiabetescare.com

EC REP

MDSS GmbH
Schiffgraben 41
30175 Hannover, Germany

MULTI
tarif
REMBOURSE

On•Call® Plus

Blood Glucose Test Strips

Français

Bandes de Glycémie

Pour mesurer la glycémie dans le sang total en utilisant les glucomètres On Call® Plus et On Call® EZ II.

A usage individuel et professionnel.

Contenu:

- 50 Bandelettes
- Carte à Puce
- Mode d'Emploi

Русский

Тест-полоски

Для определения глюкозы в цельной крови с использованием глюкометров On Call® Plus и On Call® EZ II.

Для самодиагностики и профессионального использования.

Упаковка содержит:

- 50 Тест-полоски
- Кодовую пластинку
- Инструкцию-вкладыш

العربية

أشرطة الفحص

لتحصين السكر في الدم الكامل باستخدام جهاز الفحص

On Call® EZ II , On Call® Plus

لمراقبة السكر في الدم

للشخص المصاب والستخدام المعياري

المحتويات:

- أشرطة الفحص

• رقيقة الكود

• شرة الجرعة

1130389301

On Call® Plus

Blood Glucose Test Strips

REF G133-111



Info Pharma
Distributeur exclusif

ACON®

ACON Laboratories, Inc.
10125 Mesa Rim Road
San Diego, CA 92121, USA
www.acondiabetescare.com

EC REP

MDSS GmbH
Schiffgraben 41
30175 Hannover, Germany

MULTI
tarif
REMBOURSE

On•Call® Plus

Blood Glucose Test Strips

Français

Bandes de Glycémie

Pour mesurer la glycémie dans le sang total en utilisant les glucomètres On Call® Plus et On Call® EZ II. A usage individuel et professionnel.

Contenu:

- 50 Bandelettes
- Carte à Puce
- Mode d'Emploi

Русский

Тест-полоски

Для определения глюкозы в цельной крови с использованием глюкометров On Call® Plus и On Call® EZ II.

Для самодиагностики и профессионального использования.

Упаковка содержит:

- 50 Тест-полоски
- Кодовую пластинку
- Инструкцию-вкладыш

العربية

أشرطة الفحص

لتحصي السكر في الدم الكامل باستخدام جهاز الفحص

On Call® EZ II , On Call® Plus

لمراقبة السكر في الدم

للشخص المصاب والستخدام المعياري

المحتويات:

- أشرطة الفحص

• رقيقة الكود

• شرة الجرعة

PHARMACIE MARIA S.A.R.L

KM 13.5 BOUSKOURA CENTRE CASABLANCA CNSS:6982434
RC:258313 / IF:40489957/INPE:092041433
Tél : (05) 22 334523 /0522 33 46 61
Patente : PATENTE:32931575 / ICE:001512272000030

Facture N° 197 751 Du 16/12/2019

EL AMRANI JOUTEY ABDELILAH

FORME	PRODUIT	QTE.	PRIX	QTE * PRIX
AC	BANDELETTE ONE CALL PLUS / 50	2	360.00	720.00
AC	AIGUILLES NOVOFINES 8 MM	1	180.00	180.00
2	Total	3		900.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
NEUF CENTS DIRHAMS

Pharmacie MARIA SARL
Loubna Jouteiy
Docteur en Pharmacie
Casablanca - Maroc