

## 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.

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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-537164

ND: 35981

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3183 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EL AMRANI JOUEY Abdelilah  
 Date de naissance : 11/12/1953  
 Adresse : VILLA 7 Lotissement Toura Bouskoura  
 Tél : 0661525001 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Siham IDRISSI ABOULAHJOU  
 Spécialiste : Endocrinologie - Diabétologie  
 Nutrition - Obésité  
 Date de consultation : 13/04/2020  
 Nom et prénom du malade : EL AMRANI JOUEY Abdelilah 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 : Fait 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
13/04/2020	Ca		30000	INP : 09-11-6876

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/04/2020	3227190

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

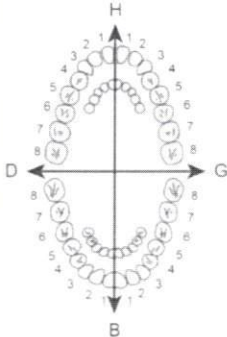
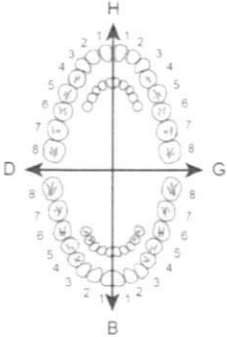
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																					
				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>H</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		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
	Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			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

الدكتور -- LAPROPHAN -- ي أبو لحجول

PPV : 841DH00

اختصاصية



Endocrinologie et Métabolisme

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



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

7862160335  
7862160335  
7862160335

Insulinothérapie fonctionnelle  
Hypertension - Hyper et hypocalcémie  
Grossesse et de puberté  
Obésité  
Couple  
Diabète  
Chirurgie bariatrique  
Sportif

Levemir® FlexPen®  
100U/ml  
Solution injectable  
5 stylos pré-remplis de 3ml



Janumet® 50/1000 mg  
AMM 59DMP/21/NCI  
Boîte de 56 comprimés pelliculés



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



Janumet® 50/1000 mg  
AMM 59DMP/21/NCI  
Boîte de 56 comprimés pelliculés

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



Janumet® 50/1000 mg  
AMM 59DMP/21/NCI  
Boîte de 56 comprimés pelliculés

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

السمة - الحمية - النجاة

13 avril 2020

Mr. EL AMRANI JOUTEY ABDELILAH

Casablanca, Le...

Dr. SIHAM IDRISSE ABOULAHJOUL  
Endocrinologue - Diabétologue  
Nutrition - Obésité  
Boulevard Victor Hugo - 2ème étage  
N°8 (près du Lycée Mohammed V) - Casablanca  
Tél: 0522 33 45 23 - Fax: 05 22 22 22 22

LEVEMIR FLEXPEN : 12 UI / jour, 3 Mois

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

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

LEVOTHYROX 25 : 1/2 cp / jour le matin, 3 mois

D-CURE FORTE 100000 : 1 amp à renouveler après 15 jours puis après 3 mois

BANDELETTES ADAPTEES AU GLUCOMETRE

1 Bandelette 4 fois / jour pendant 3 mois

AIGUILLES NOVOFINES 8MM : 1 boîte

MAGMINE

1 cp / jour le soir au coucher pendant 2 Mois

BECIDOUZE 1cp x 3 / j pendant 1 Mois

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20C02  
EXP: 03/2023

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20C02  
EXP: 03/2023

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20C02  
EXP: 03/2023

Dr. SIHAM IDRISSE ABOULAHJOUL  
Endocrinologue - Diabétologue  
Nutrition - Obésité  
Boulevard Victor Hugo - 2ème étage  
N°8 (près du Lycée Mohammed V) - Casablanca  
Tél: 0522 33 45 23 - Fax: 05 22 22 22 22

3227,90

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

PPV 35DH10

PPV 35DH10

PPV 35DH10

PPV 35DH10

PPV 35DH10

49, شارع 2 مارس  
697508000075

## 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° 213 319 Du 13/04/2020**

**MR EL AMRANI JOUTEY ABDELILAH**

FORME	PRODUIT	QTE.	PRIX	QTE * PRIX
AC	BANDELETTE ON CALL VIVID /50	1	360.00	360.00
AC	AIGUILLES NOVOFINES 8 MM	1	180.00	180.00
2	Total	2		540.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
CINQ CENT QUARANTE DIRHAMS

*[Handwritten signature and blue circular stamp of Pharmacie Maria S.A.R.L. with contact details]*

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](http://www.acondiabetescare.com)

[EC] [REP]

MDSS GmbH  
Schillgraben 41  
30175 Hannover, Germany

**On Call® Plus**  
Blood Glucose Test Strips

**Francais**  
**Bandelettes 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.

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

**العربية**  
أشرطة الفحص  
للمعص السكر في الدم التكميل باستخدام جهاز القياس  
On Call® EZ II , On Call® Plus  
للمراقبة لسكر في الدم  
للمعص الذاتي والاستخدام المهني.  
المحتويات:

- 50 أشرطة الفحص
- رقيقة الكود
- نشرة الحزمة

**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

**On Call® Plus**  
Blood Glucose Test Strips

[REF] G133-111

[LOT] 1690877

[EXP] 2021-10-18

**On Call® Plus**  
Blood Glucose Test Strips

**50**

For testing glucose in whole blood using the On Call® Plus and On Call® EZ II blood glucose meters. For self testing and professional use.

Contents:  
50 Test Strips  
Code Chip  
Package Insert



IVD

33°C

2°C

50

CE 0123

©2017 ACON Laboratories, Inc.



6 82607 53521 7

**INFO PHARMA**  
10, Rue Boulmane Bourgogne  
Casablanca 20040 Morocco  
Tel: + 212 5 22 22 34 07  
+ 212 5 22 22 12 55  
Fax: + 212 5 22 47 45 92

**31**  
GAUGE

3/16"

5mm

*film coated for maximum comfort*

**Easy • Touch**  
PEN NEEDLES

**100** Pen Needles