

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

ntaire :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



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

Déclaration de Maladie
N° P19-0035526

☐ Maladie
☐ Dentaire
☐ Optique
☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 712 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Gennou Lahoucine
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 19/04/2021
Nom et prénom du malade : 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) :

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
19/04/2021	Ca		30000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

19/04/2021

2212,30

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

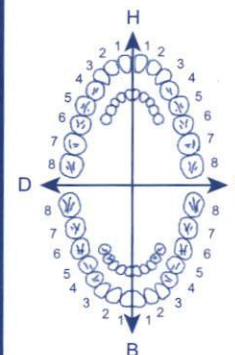
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

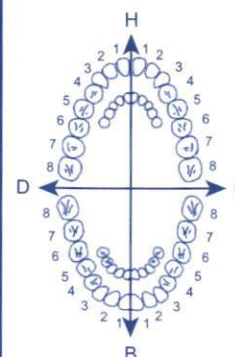
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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

المكتورة سهام الإدريسي أبو لحجول

إختصاصية في علم الغدد، وداء السكري
وأأمراض 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 والرياضيين

19 avril 2021

Mr. GUENNOU HOUSSINE

1/ GLEMA 2 MG 2 cp / jour le matin à jeun, 3 Mois

2/ DIAFORMINE 1000: 1 - 0 - 1 pendant les repas pendant 3 mois

3/ COSTAL 20 MG : 1 cp / j après le repas, 3 Mois

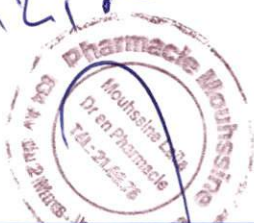
4/ DIPREZAR 50/12.5 MG : 1 cp / jour le matin, 3 Mois

5/ AMLOR 5 MG : 1 cp / jour ap le diner pendant 3 mois

6/ MYCODERM POWDRE

1 application entre les orteils 3 fois / jour pendant 3 mois

7/ LANTUS SOLOSTAR : 20 UI le soir, 3 mois



SIHAM IDRISSE ABOULAHJOUL
Spécialiste : Endocrinologie - Diabétologie
Nutrition - Chéste
Cabinet: 40 Rue 2 Mars - Casablanca
Tél: 2222 411 Fax: 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.sihamidrisi@gmail.com البيضاء - (قرب ثانوية محمد الخامس) رقم 8 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

40,00
PFV 40DH00
PER 10/22
LOT J2849
GLEMA® 2 mg
Glimépiride
30 comprimés
6 118000 041207

49,00
PPV 40DH00
PER 10/22
LOT J2849
GLEMA® 2 mg
Glimépiride
30 comprimés
6 118000 041207

40,00
PFV 40DH00
PER 10/22
LOT J2849
GLEMA® 2 mg
Glimépiride
30 comprimés
6 118000 041207

40,00
PPV 40DH00
PER 10/22
LOT J2849
GLEMA® 2 mg
Glimépiride
30 comprimés
6 118000 041207

DIPREZAR®
Losartan 50 mg +
Hydrochlorothiazide 12,5 mg
30 comprimés pelliculés
6 118 000 04 1658

DIPREZAR®
Losartan 50 mg +
Hydrochlorothiazide 12,5 mg
30 comprimés pelliculés
6 118 000 04 1658

COSTAL® 20 mg
Atorvastatine (DCI)
30 Comprimés pelliculés
6 118000 340737

COSTAL® 20 mg
Atorvastatine (DCI)
30 Comprimés pelliculés
6 118000 340737

COSTAL® 20 mg
Atorvastatine (DCI)
30 Comprimés pelliculés
6 118000 340737

PPV: 126DH00
PER: 01/24
LOT: K125

126,00
PPV: 126DH00
PER: 12/23
LOT: J3395

LOT : 201054
UT AV : 07/2023
PPV : 99,00DH

LOT : 201054
UT AV : 07/2023
PPV : 99,00DH

LOT : 201054
UT AV : 07/2023
PPV : 99,00DH

DIPREZAR®
Losartan 50 mg +
Hydrochlorothiazide 12,5 mg
30 comprimés pelliculés
6 118 000 04 1658

AMlor® 5mg
28 COMPRIMÉS
6 118000 250531

40,00
PPV 40DH00
PER 10/22
LOT J2849

GLEMA® 2 mg
Glimépiride
30 comprimés
6 118000 041207

126,00
PPV: 126DH00
PER: 12/23
LOT: J3395

UT.AV : 12 2023
P.P.V.
LOT N° : 1299 21

GLEMA® 2 mg
Glimépiride
30 comprimés
6 118000 041207

LOT: 08220027
PER: 11/2025
PPV: 49,00 DH

MYCODERME® 1%
Poudre dermique
Flacon de 30 g
6 118000 230144

21,00
PPV 21DH00
PER 01/24
LOT K088

PPV 21DH00
PER 01/24
LOT K088

49,00
PPV 21DH00
PER 01/24
LOT K088

Diaformine® 1000 mg
Metformine
30 comprimés pelliculés
6 118000 041283

Diaformine® 1000 mg
Metformine
30 comprimés pelliculés
6 118000 041283

Diaformine® 1000 mg
Metformine
30 comprimés pelliculés
6 118000 041283

21,00
PPV 21DH00
PER 10/23
LOT J2694

Diaformine® 1000 mg
Metformine
30 comprimés pelliculés
6 118000 041283

Diaformine® 1000 mg
Metformine
30 comprimés pelliculés
6 118000 041283

Diaformine® 1000 mg
Metformine
30 comprimés pelliculés
6 118000 041283

21,00
PPV 21DH00
PER 01/24
LOT K088

21,00
PPV 21DH00
PER 01/24
LOT K088

Sanofi-aventis Maroc
Rue de Rabat -R.P.1,
n° 563 Casablanca
Lantus Solostar 100U/ml inj
b1 sty 3ml
P.P.V : 152,50 DH
6 118001 081508

Sanofi-aventis Maroc
Rue de Rabat -R.P.1,
n° 563 Casablanca
Lantus 100U/ml, inj b5 sty
P.P.V : 744,00 DH
6 118001 081515