

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

- 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'El
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

M23-008742

18 3487

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3183 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ELAMRANI JOUTEY Abdelilah
 Date de naissance : 11/12/1953
 Adresse : VILLA 7 Lotissement TOURIA BOUGREDDA
 CASABLANCA
 Tél. : 06 15 52 50 01 Total des frais engagés : 1,590,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Dr. Siham IDRISSI ABOULAHJOUL
 Spécialiste : 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
 Date de consultation : 01 / 11 / 2023
 Nom et prénom du malade : ELAMRANI JOUTEY ABDELILAH Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète et Hypothyroïdie
 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir lu et compris le contenu de la clause relative à la protection des données personnelles.

Le : 14/11/2023

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
01-11-23	Ce		300,00	

Dr. Siham ABOU PAH
Spécialiste - 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/11/23	4290,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

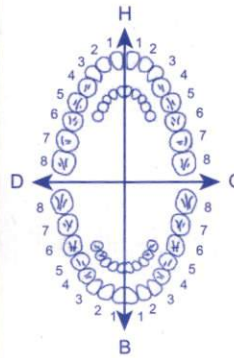
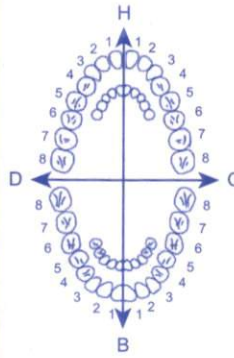
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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 colspan="2">H</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 colspan="2">B</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																
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	[Création, remont, adjonction] 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

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 - Maigreux

Prise en charge nutritionnelle après chirurgie bariatrique

Conseils diététiques : femme enceinte, sujet âgé, sportif

الدكتورة سهام الإدريسي أبو لحجول

Levemir® FlexPen®
100U/ml
Solution injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 841 DH



Levemir® FlexPen®
100U/ml
Solution injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 841 DH



Distribué par MSD MAROC
AMM N° : 267/19/DMP/21/NRQ
P.P.V: 428,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 267/19/DMP/21/NRQ
P.P.V: 428,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 267/19/DMP/21/NRQ
P.P.V: 428,00 DH.



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

01 novemb

Casablanca, Le

Mr. EL AMRANI JOUTEY ABDELI

LEVEMIR FLEXPEN : 22 UI / jour, 3 Mois

JANUMET 50 / 850 : 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 3 mois

BANDELETTES 1 Band. 4 fois / jour, 3 mois

AIGUILLES 8MM : 1 boîte

STILNOX 10 MG 1 cp le soir au coucher à la demande

RELAXIUM B6 375 1 gel / jour le soir , 3 mois

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

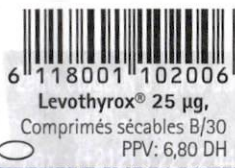
GSM : 06 15 53 74 27

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60



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



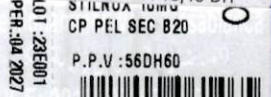
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH



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



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



P.P.V : 56DH60



LOT : 23E002
PER: 04 2027

LOT : 23E001
PER: 04 2027

7862160336

7862160336

7862160336

Pharmacie MARIA - S.A.R.L

Loubna el akkari

0522334523



Facture N° 20231103-466

Date de vente : 01/11/2023
Médecin traitant :

EL AMRANI JOUTEY ABDELILAH

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
VERIFINE AIGUILLE 8MM B100	1	180,00	TVA (20.00%)	180,00
ON CALL PLUS BANDELETTES B50	4	170,00	TVA (20.00%)	680,00

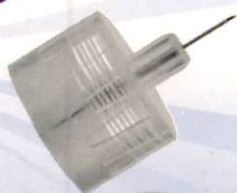
REMBOURSÉ
par la
MUTUELLE

Total HT	716,67 DHS
TVA	143,33 DHS
Total	860,00 DHS

te facture à la somme de : huit cent soixante DHS

Easy Comfort
Pen Needles

Fine needle
31 G x 3/16 (5mm)
100 Sterile needles
Single use disposable needle
Fits most insulin delivery systems



5mm

Pharmacie MARIA SARL
Loubna EL AKKARI
0522334523

REMBOURSÉ
par la
MUTUELLE

REMBOURSÉ
par la
MUTUELLE

REMBOURSÉ
par la
MUTUELLE