

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.

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 (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° W19-439098

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03936 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : AYOUS HASSAN

Date de naissance : 14/09/1960

Adresse : MAY MY ABDELLAH RUE 229 RUE CABA

Tél : 0661403847

Total des frais engagés : 1039,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/08/2020

Nom et prénom du malade : Dr Ayouj Hassan Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : 05/07/2020

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
04/03/2022	ca		3000fr	INP : 09 41006876

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHAB	24.08.2022	7396

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
		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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
				<p>PNEUMOVAX 23 Suspension injectable de 0,6ml. Boîte d'une seringue pré-remplie. PPV: 293,00DH N°d'AMM 483/17 DMP/21/NNP Distribué par MSD MAROC B.P 136 Bouskoura</p> <p>6 118001 160778</p> <p>PPV: 49,60 DH LOT: 20E06 EXP: 05/2023</p> <p>15</p> <p>DEBUT D'EXEC</p> <p>FIN D'EXECUT</p>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		<p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D G</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p>		<p>COEFFICIENT DES TRAV</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p>

<p>METFORMINE WIN 1000MG CP PEL B30</p> <p>P.P.V.: 19DH90</p> <p>6 118000 062141</p> <p>LOT: 9MA061 PER.: 01 2022</p>	<p>METFORMINE WIN 1000MG CP PEL B30</p> <p>P.P.V.: 19DH90</p> <p>6 118000 062141</p> <p>LOT: 9MA061 PER.: 01 2022</p>	<p>METFORMINE WIN 1000MG CP PEL B30</p> <p>P.P.V.: 19DH90</p> <p>6 118000 062141</p> <p>LOT: 20E025 PER.: 12 2022</p>	<p>METFORMINE WIN 1000MG CP PEL B30</p> <p>P.P.V.: 19DH90</p> <p>6 118000 062141</p> <p>LOT: 20E025 PER.: 12 2022</p>	<p>METFORMINE WIN 1000MG CP PEL B30</p> <p>P.P.V.: 19DH90</p> <p>6 118000 062141</p> <p>LOT: 19E002 PER.: 06 2022</p>	<p>METFORMINE WIN 1000MG CP PEL B30</p> <p>P.P.V.: 19DH90</p> <p>6 118000 062141</p> <p>LOT: 8MA053 PER.: 10 2021</p>
---	---	---	---	---	---

Docteur SIHAM IDRISSE ABLOUHAJOU

Spécialiste 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

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 - 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

04 août 2020

Casablanca, Le

Mr. AYOUB HASSAN

METFORMINE WIN 1000 MG : 0 - 1 - 1 après les repas, 3 mois

D-CURE FORTE 100 000

1 ampoule (à mettre dans un yaourt) tous les 3 mois

PNEUMOVAX 23 25µG / DOSE, SUSPENSION INJECTABLE

Dose unique voie intramusculaire ou par voie sous-cutanée.

99.00 x 2
magnon
Dr. SIHAM IDRISSE ABLOUHAJOU
Spécialiste Endocrinologie - Diabétologie
Nutrition - Obésité
Rue 2 Mars et Victor Hugo - 2ème étage N°8 Casablanca
Tél: 05.222.222.41 / Fax: 05.222.222.41
Dr. SIHAM IDRISSE ABLOUHAJOU
Spécialiste Endocrinologie - Diabétologie
Nutrition - Obésité
Rue 2 Mars et Victor Hugo - 2ème étage N°8 Casablanca
Tél: 05.222.222.41 / Fax: 05.222.222.41
PHARMACIE CHAAB
Rue 2 Mars N° 23-25 Hay
My Abdelilah, Ain Chok Casablanca
Tél: 05 22 52 66 17

49, Avenue 2 Mars (angle Victor Hugo)- Immeuble les Roseaux - 2ème étage, N°8 (près du Lycée Mohammed V) - Casablanca
E-mail : dr.sihamidrissi@gmail.com البيضاء (قرب ثانوية محمد الخامس) - رقم 8 الطابق 2
Tél.: (+212) 5 222 222 41 - GSM : (+212) 6 15 53 74 27 - Fax : (+212) 5 22 22 44 48 - ICE: 001697508000075