

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

- Reclamation : 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'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M21- 069878

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 366

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MESSAOUDI Mohamed

Date de naissance : 1979

Adresse :

Tél. : 05 22 79 10 10 Total des frais engagés : 2650,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25 / 07 / 2023

Nom et prénom du malade : CHAKIR E. MESSAOUDI Mohamed Age : 43 ans

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) :

[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------|---|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  | 25/04/23 | PHARMACIE NKHAYA M... ZEKRI Abdelati Docteur Pharmacien 220-222-224 65 Oued Boulouya El Oued Casablanca Tel: 0522 90 51 13 0022912200000 |

[illegible]

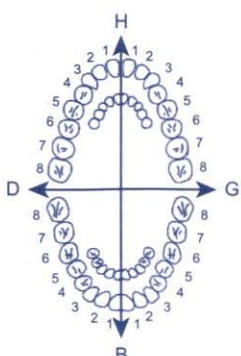
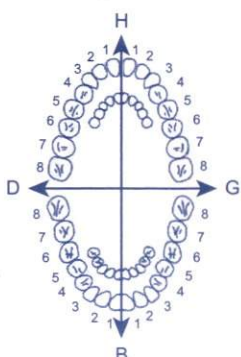
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaille des Honoraires |
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------------|---|---|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|---|
|  | | | | 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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 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

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

Diplôme 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

الدكتور سهام الإدريسي أبو لحجول

إختصاصية في علم الغدد، وداء السكري
وأعراض 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

25 juillet 2023

Casablanca, Le

Mme CHAKIR EP MESSAOUDI MILOUDA

111.00 x 5
HUMALOG MIX 25 KWIPEN

16 - 0 - 12 avant les repas, 3 mois

18.00 x 3
DIAFORMINE 850 MG

1 Cp / jour après le déjeuner, 3 mois

26.20 x 4
LYSOPURIC 100 MG

2 cp / jour après le dîner, 3 Mois

195.00 x 2
BANDELETTES

1 Bandelette 4 fois / jour, 3 mois

HYDROXO 5000 B4 IN

1 Inj / 6 mois (en Decembre 2023)

D-CURE FORTE 100 000
2 mois

1 ampoule (à mettre dans un yaourt) tous les

97.60 x 3
CIVASTINE 20 MG

1 cp / jour après le dîner, 3 mois

28.80 x 6
AIGUILLES 1 aiguille 2 fois / jour, 3 Mois

VITANEVRYL FORT

1 - 0 - 1 après les repas, 3 mois

99.00 x 3
RELAXIUM B6 375

1 gel / jour le soir, 3 Mois

39.80
LAROXYL 4% GTTES

4 gouttes le soir, 3 Mois

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) - 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

~~LOT D564733H.8~~
UT AV 08 2025
PPV 111.00 DH

~~LOT D564733H.8~~
UT AV 08 2025
PPV 111.00 DH

~~LOT D564733H.8~~
UT AV 08 2025
PPV 111.00 DH

~~LOT D564733H.8~~
UT AV 08 2025
PPV 111.00 DH

~~LOT D564733H.8~~
UT AV 08 2025
PPV 111.00 DH

~~LOT D564733H.8~~
UT AV 08 2025
PPV 111.00 DH

~~LOT D564733H.8~~
UT AV 08 2025
PPV 111.00 DH

~~LOT D564733H.8~~
UT AV 08 2025
PPV 111.00 DH

~~LOT D564733H.8~~
UT AV 08 2025
PPV 111.00 DH

~~PPV: 18DH00~~
PER: 03/26
LOT: M1158

~~PPV: 18DH00~~
PER: 03/26
LOT: M1158

~~PPV: 18DH00~~
PER: 03/26
LOT: M1159

LYSOPURIC®
Allopurinol 100 mg
Boîte de 50 comprimés
PPV: 26.20 DH
6 118000 190561

LYSOPURIC®
Allopurinol 100 mg
Boîte de 50 comprimés
PPV: 26.20 DH
6 118000 190561

LYSOPURIC®
Allopurinol 100 mg
Boîte de 50 comprimés
PPV: 26.20 DH
6 118000 190561

LYSOPURIC®
Allopurinol 100 mg
Boîte de 50 comprimés
PPV: 26.20 DH
6 118000 190561

~~PPV: 97,60~~
PER: 05/25
LOT: M1518

~~PPV: 97,60~~
PER: 05/25
LOT: M1518

~~PPV: 97,60~~
PER: 05/25
LOT: M1518

~~PPV: 28,80~~
LOT:
PER:

~~PPV: 28,80~~
LOT:
PER:

~~PPV: 28,80~~
LOT:
PER:

~~PPV: 28,80~~
LOT:
PER:

~~LOT: 230430~~
~~DLUO: 05/2026~~
99.00DH

~~LOT: 230430~~
~~DLUO: 05/2026~~
99.00DH

~~LOT: 230430~~
~~DLUO: 05/2026~~
99.00DH

~~PPV: 28,80~~
LOT:
PER:

~~PPV: 28,80~~
LOT:
PER:

~~PPV: 39DH80~~
PER: 03/26
LOT: M768

Ölçüm çubuğunu
aldıktan sonra şişeyi
hemen sıkıca kapatın.

ACCU-CHEK® Active

07124112

Amaçlanan kullanım:

Yalnız vücut dışında tıbbi tanı amaçlı kullanılır

ÜRETİCİ FİRMA

Roche Diabetes Care GmbH

Sandhofer Strasse 116

68305 Mannheim, Germany

www.accu-check.com

İTHALATÇI FİRMA

Roche Diagnostics Turkey A.Ş.

Esentepe Mahallesi Kırğılı Sokak No: 4

34394 Şişli, İstanbul

Türkiye

Telefon: +90 212 306 06 06

Müşteri Danışma Hattı:

0800 211 36 36 (ücretsiz)

0850 211 36 36

www.roche

İthalatçı adı:

Roche Diagnostics Turkey A.Ş.

Esentepe Mah. Kırğılı Sok. No:4

Sisli 34394 İstanbul Türkiye

Tel: (212) 3060606

GTIN: 04015630056316

LSN: 000117563981



09387684001(01)

044x044x080 I

(01) 04015630056316

LOT (10) 26066531

2024-05-03

2022-08-04

UDI



ACCU-CHEK® Active

07124112

50

TESTÓW
PASKOWYCH

Wynik w 5 sekund

ÖLÇÜM ÇUBUĞU
5 saniyelik test



Roche

Ölçüm çubuğunu
aldıktan sonra şişeyi
hemen sıkıca kapatın.

ACCU-CHEK® Active

07124112

Amaçlanan kullanım:

Yalnız vücut dışında tıbbi tanı amaçlı kullanılır

ÜRETİCİ FİRMA

Roche Diabetes Care GmbH

Sandhofer Strasse 116

68305 Mannheim, Germany

www.accu-check.com

İTHALATÇI FİRMA

Roche Diagnostics Turkey A.Ş.

Esentepe Mahallesi Kırğılı Sokak No: 4

34394 Şişli, İstanbul

Türkiye

Telefon: +90 212 306 06 06

Müşteri Danışma Hattı:

0800 211 36 36 (ücretsiz)

0850 211 36 36

www.roche

İthalatçı adı:

Roche Diagnostics Turkey A.Ş.

Esentepe Mah. Kırğılı Sok. No:4

Sisli 34394 İstanbul Türkiye

Tel: (212) 3060606

GTIN: 04015630056316

LSN: 000117563981



09387684001(01)

044x044x080 I

(01) 04015630056316

LOT (10) 26066531

2024-05-03

2022-08-04

UDI



ACCU-CHEK® Active

07124112

50

TESTÓW
PASKOWYCH

Wynik w 5 sekund

ÖLÇÜM ÇUBUĞU
5 saniyelik test



Roche