

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 366 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MESSAOUDI Mohamed

Date de naissance : 1939

Adresse :

Tél. : 0522-891070 Total des frais engagés : 2514,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/05/2022

Nom et prénom du malade : Dr. siham IDRISI ABOU ABBAD Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Dr. siham IDRISI ABOU ABBAD

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) : Dr. siham IDRISI ABOU ABBAD

RELEVE 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
31/05/2022	ca		300 Dhs	Dr. MAM'DRISSI ABDELLAH Spécialiste : Endocrinologie - Diabète Nutrition - Obésité Centre de Santé et Victor Hugo - 2 ^e Etage N° 3 41 FAY 05 27
			INPE 09 44 68 876	

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur SIHAM IDRISI ABOULAHJOU

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 - Goître - Hypophyse - Surrénales

Trouble du cycle menstrual - Stérilité du couple

Obésité - Régimes personnalisés - MalgRéur

Prise en charge nutritionnelle après chirurgie bariatrique

Conseils diététiques : femme enceinte, sujet âgé, sportif

الدكتورة سهام الإدريسي أبو حجول.

اختصاصية في علم الغدد، وداء السكري

وأمراض 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 - الكوليستيول - ارتفاع ضغط الدم - فرط ونقص

الكالسيوم في الدم - الهرمونات - إضطرابات وتأخر النمو والبلوغ

الغدة الدرقية - التخامية - الكظرية

إضطرابات الحوض - المقم عند الزوجين

السمنة - الحمية - الحفاظ

الشوربة الغذائية: للنساء الحوامل لكتاب المطبخ

31 mai 2022

Mme CHAKIR EP MESSAOUDI MILOUDA

111,00 x 8

HUMALOG MIX 25 KWIPEN 16 - 0 - 10 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 dinern 3 Mois

BANDELETTES ADAPTEES AU GLUCOMETRE 1 Bandelette 4 fois / jour, 3 mois

HYDROXO 5000 B4 IN 1 Inj / 6 mois (en juin 2022)

49,60

D-CURE FORTE 100.000

1 ampoule (à mettre dans un yaourt) tous les 2 mois

97,60 x 3

CIVASTINE 20 MG 1 cp / jour après le diner, 3 mois

69,10 x 5

VISENTIEL 2 cp / jour le matin, 3 mois

OMEGA COEUR 1 - 0 - 0 pendant 3 Mois

1^{er} 22 44 120

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

49، شارع 2 مارس زاوية فيكتور هوغو - الطابق 2 رقم 8 (قرب ثانوية محمد الخامس) - البيضاء

Tél.: (+212) 5 222 222 41 - GSM : (+212) 6 15 53 74 27 - Fax : (+212) 5 22 22 44 48 - ICE: 001697508000075

Dr. SIHAM IDRISI ABOULAHJOU
Spécialiste : Endocrinologie - Diabétologie
Nutrition - Obésité
Casablanca - Maroc
Téléphone : 00212 522 222 41
Email : dr.sihamdrissi@gmail.com

Lot : V196G
Dlou : 07/24
P.P.C : 69 Dh

Lot : V196G
Dlou : 07/24
P.P.C : 69 Dh

Lot : V196G
Dlou : 07/24
P.P.C : 69 Dh

Lot : V196G
Dlou : 07/24
P.P.C : 69 Dh

Lot : V196G
Dlou : 07/24
P.P.C : 69 Dh

6 1118000 190561
PPV : 26.20 DH
Bouteille de 50 comprimés
Aérosol 100 mg
Bouteille de 50 comprimés
Aérosol 100 mg
LYSOPURIC®

6 1118000 190561
PPV : 26.20 DH
Bouteille de 50 comprimés
Aérosol 100 mg
Bouteille de 50 comprimés
Aérosol 100 mg
LYSOPURIC®

6 1118000 190561
PPV : 26.20 DH
Bouteille de 50 comprimés
Aérosol 100 mg
Bouteille de 50 comprimés
Aérosol 100 mg
LYSOPURIC®

97160
PPV 18DH00
PER 04/25
LOT 11592

97160
PPV : 26.20 DH
Bouteille de 50 comprimés
Aérosol 100 mg
Bouteille de 50 comprimés
Aérosol 100 mg
LYSOPURIC®

97160
PPV 18DH00
PER 04/25
LOT 11592

97160
PPV 18DH00
PER 04/25
LOT 11592
EXP 11/2024

LOT D395788P.6
UT AV 12 2023
PPV 111.00 DH

LOT D395788P.6
UT AV 12 2023
PPV 111.00 DH

LOT D395788P.6
UT AV 12 2023
PPV 111.00 DH

LOT D395788P.6
UT AV 12 2023
PPV 111.00 DH

LOT D395788P.6
UT AV 12 2023
PPV 111.00 DH

LOT D395788P.6
UT AV 12 2023
PPV 111.00 DH

LOT D395788P.6
UT AV 12 2023
PPV 111.00 DH

LOT D395788P.6
UT AV 12 2023
PPV 111.00 DH



ACCU-CHEK® Active

07124112

50 Ölçüm çubuğu

Amaçlanan kullanım: Yalnız vücut
dışında tıbbi tanı amaçlı kullanılır

İthalatçı adı:
Roche Diagnostics Turkey A.Ş.
Esentepe Mahallesi Kırğılı Sokak No: 4
34394 Şişli, İstanbul
Türkiye

Telefon: +90 212 306 06 06
www.rochediagnostics.com.tr

ACCU-CHEK bir Roche markasıdır.

CE 0123 +30 °C
+2 °C



08995915001(01)
44x44x80

ACCU-CHEK® Active

07124112

50 Ölçüm çubuğu

Kan şekeri
ölçümü içindir
Bireysel kullanım
için uygundur

5 yakı.
sn.

Sadece
Accu-Chek® Active
ölçüm cihazı ile
kullanılır



ACCU-CHEK® Active

07124112

50 Ölçüm çubuğu

Amaçlanan kullanım: Yalnız vücut
dışında tıbbi tanı amaçlı kullanılır

İthalatçı adı:
Roche Diagnostics Turkey A.Ş.
Esentepe Mah. Kırğılı Sok. No:4
Şehir 34394 İstanbul Türkiye
Tel: (212) 3060606
GTR: 0401563064980
LSN: 000110017591

No: 4



ACCU-CHEK 2
5 5 0

CE



Roche Diagnostics Corp GmbH
68305 Mannheim, Germany
www.accu-chek.com

4 015630 064090
REF 07124112056
07124112056

70008168
11
1057135/6113992
FG0010273-132
GD 350 IV

70008168

11

1057135/6113992

FG0010273-132

GD 350 IV

ACCU-CHEK® Active

07124112

50 Ölçüm çubuğu

Kan şekeri
ölçümü içindir

5 yakı.
sn.

Bireysel kullanım
için uygundur

Sadece
Accu-Chek® Active
ölçüm cihazı ile
kullanılır

