

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 071723

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 366 Société : 144357
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MESSAOUDI Mohamed
Date de naissance : 1979
Adresse :
Tél. 0522 89.670 Total des frais engagés : 2453,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Siham IDRISSI ABOUHANOU
Spécialiste : Endocrinologie
Diabétologie - Nutrition - Obésité
19 Bd 2 Mars - Casablanca
Tél : 05 22 22 22 41 05 22 22 44 48
Fax : 05 22 22 22 41 05 22 22 44 48

Date de consultation : 20/12/2022

Nom et prénom du malade : Chakir Milouda G. Messaoudi 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) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- Réclamation : reclamation@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 Al Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 8 - www.mupras.com

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
20/12/22			30003	
			DNPE = 051150836	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
22/12/22	20.12.22	2153,50

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
		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 :

Veillez 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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	<div> <div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D</div> <div>00000000 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>G</div> <div>B</div> </div>	Coefficient DES TRAVAUX
	<div> <div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D</div> <div>00000000 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>G</div> <div>B</div> </div>	MONTANTS DES SOINS
	<div> <div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D</div> <div>00000000 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>G</div> <div>B</div> </div>	DATE DU DEVIS
	<div> <div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D</div> <div>00000000 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>G</div> <div>B</div> </div>	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 - 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
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، كبار السن، والرياضيين

20 décembre 2022

Mme CHAKIR EP MESSAOUDI MILOUDA

HUMALOG MIX 25 KWIPEN 16 - 0 - 12 avant les repas, 3 mois

DIAFORMINE 850 MG 1 Cp / jour après le déjeuner, 3 mois

LYSOPURIC 100 MG 2 cp / jour après le dîner, 3 Mois

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

HYDROXO 5000 B4 IN 1 Inj / 6 mois (en Juin 2023)

D-CURE FORTE 100 000 1 ampoule (à mettre dans un yaourt) tous les
2 mois

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

Arginine 120,60 1 x 2 (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) رقم 8 الطابق 2 - مارس زاوية فيكتور هوغو

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

LOT D478300M.2
UT AV 10 2024
PPV 111.00 DH

LOT D478300M.2
UT AV 10 2024
PPV 111.00 DH

LOT D478300M.2
UT AV 10 2024
PPV 111.00 DH

LOT D478300C.5
UT AV 10 2024
PPV 111.00 DH

LOT D478300M.2
UT AV 10 2024
PPV 111.00 DH

LOT D478300M.2
UT AV 10 2024
PPV 111.00 DH

LOT D478300M.2
UT AV 10 2024
PPV 111.00 DH

LOT D478300M.2
UT AV 10 2024
PPV 111.00 DH

LOT D478300C.9
UT AV 10 2024
PPV 111.00 DH

LOT D478300M.2
UT AV 10 2024
PPV 111.00 DH

PPV 180DH00
PER 10/25
LOT L3379

PPV 180DH00
PER 10/25
LOT L3379

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 180DH00
PER 10/25
LOT L3379

hydroxo
HYDROXYCOBALAMINE BASE

PPV 580DH00

EXP 05/2025
LOT 1N002 8

PPV: 49,60 DH
LOT: 22H22
EXP: 08/2025

PPV 97DH60
PER 09/24
LOT L3096-2

PPV 97DH60
PER 09/24
LOT L3096-2

PPV 97DH60
PER 09/24
LOT L3096-2

PHARMACIE WILAYA MOULOUYA
Docteur en Pharmacie
ZEKRI Abdelati
220-222-224 Bd Oued Moulaya
Casablanca - Tél: 0522.90.51.13
ICE: 002201220000071

PHARMACIE WILAYA MOULOUYA
Docteur en Pharmacie
ZEKRI Abdelati
220-222-224 Bd Oued Moulaya
Casablanca - Tél: 0522.90.51.13
ICE: 002201220000071

PHARMACIE WILAYA MOULOUYA
Docteur en Pharmacie
ZEKRI Abdelati
220-222-224 Bd Oued Moulaya
Casablanca - Tél: 0522.90.51.13
ICE: 002201220000071

Vsebnik takoj po tem, ko iz
njega vzamete testni listič,
dobro zaprite.

Odmah čvrsto zatvorite kutijo
nakon što ste iz nje uzeli
test trake.

ACCU-CHEK®
Active

07124112

50

TESTNIH LISTIČEV

Meritev v 5 sekundah

TEST TRAKA

Mjerenje u 5 sekundi



AKKY-ЧЕК®
АКТИВ

07124112



Уповноважений представник
в Україні
ТОВ «Рош Україна»
Україна, 03150, м. Київ,
вул. Велика Васильківська 139,
5 поверх

E-mail: ukraine.accu-chek@roche.com

Виробник:
«Рош Діабетес Кеа ГмбХ»,
Зандгофер Штрассе 116
68305, Мангайм, Німеччина
www.accu-chek.com

ACCU-CHEK and AKKY-ЧЕК are
trademarks of Roche.



CE 0123

+2 °C +30 °C



ACCU-CHEK®
Active

07124112

50

TESZTCSÍK

5 másodperces mérés

ТЕСТ-СМУЖОК

5-секундне визначення



ACCU-CHEK®
Active

07124112

(HU) Vércukor meghatározására
Használható az Accu-Chek® Active
készülékekhez

(SL) Za merjenje ravni glukoze v krvi
Samo za Accu-Chek® Active

(HR) Za mjerenje glukoze u krvi
Samo za Accu-Chek® Active

(UK) Для визначення рівня глюкози у крові
Тільки для Акку-Чек® Актив



REF 07124112220



09387790001(02)

044x044x080 I

Roche Diabetes Care GmbH
Sandhofer Strasse 116
68305 Mannheim, Germany
www.accu-chek.com

70010918

16

1065134/6129037
FG0010273-159

GD2 350 IV

Vsebnik takoj po tem, ko iz
njega vzamete testni listič,
dobro zaprite.

Odmah čvrsto zatvorite kutijo
nakon što ste iz nje uzeli
test trake.

ACCU-CHEK®
Active

07124112

50

TESTNIH LISTIČEV

Meritev v 5 sekundah

TEST TRAKA

Mjerenje u 5 sekundi



AKKY-ЧЕК®
АКТИВ

07124112



Уповноважений представник
в Україні
ТОВ «Рош Україна»
Україна, 03150, м. Київ,
вул. Велика Васильківська 139,
5 поверх

E-mail: ukraine.accu-chek@roche.com

Виробник:
«Рош Діабетес Кеа ГмбХ»,
Зандгофер Штрассе 116
68305, Мангайм, Німеччина
www.accu-chek.com

ACCU-CHEK and AKKY-ЧЕК are
trademarks of Roche.



CE 0123

+2 °C +30 °C



ACCU-CHEK®
Active

07124112

50

TESZTCSÍK

5 másodperces mérés

ТЕСТ-СМУЖОК

5-секундне визначення



ACCU-CHEK®
Active

07124112

(HU) Vércukor meghatározására
Használható az Accu-Chek® Active
készülékekhez

(SL) Za merjenje ravni glukoze v krvi
Samo za Accu-Chek® Active

(HR) Za mjerenje glukoze u krvi
Samo za Accu-Chek® Active

(UK) Для визначення рівня глюкози у крові
Тільки для Акку-Чек® Актив



REF 07124112220



4 015630 064120

Roche Diabetes Care GmbH
Sandhofer Strasse 116
68305 Mannheim, Germany
www.accu-chek.com



09387790001(02)

044x044x080 I

70010918

16

1065134/6129037
FG0010273-159

GD2 350 IV



MediGlobal®

Pour votre bien être

Paroi fine
Sans douleurs
Non toxique
Sans latex

Aiguilles pour stylo d'insuline

إبر قلم الأنسولين

Pen needles



Medi Fine®

8

mm

31GX100pcs



MAROC



CORÉE DU SUD



Fabrique au Maroc par **MediGlobal®**



22 Lot Mauritania, ZI Ain Sebaa
Casablanca Maroc

Tél : 05 22 34 32 49 - Fax : 05 22 66 26 53

E-mail : mediglobal@mediglobal.ma

LOT : 21FNB208M
EXP : 02/2025
REF : MG31-8M100

Compatible avec :

متوافقة مع :

Novo Nordisk	FlexPen , NovoPen 3 , NovoPen 4 , NovoPen Junior , NovoPen Echo , InnoLet , Victoza
Lilly	KwiKPen , HumaPen Memoir , HumaPen Luxura , HumaPen Luxura HD HumuraPen Ergo II , Humalog Pen , Himulin Pen
Ypsomed	Ypsopen , Dongbao Pen , Biomatik Pen
Sanofi	ClikSTARS , SoloSTAR , OptiClik , OptiPen Pro 1/2 , OptiSet
Owen Mumford	AutoPen 24 , AutoPen Classic , AutoPen Junior , Biosulin Pen
AstraZeneca	Byetta Pen