

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 :

- Le calendrier des séances effectuées est à joindre à la feuille de soins.

Le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0033146

151169

Maladie
 Dentaire
 Optique
 Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1956 Société :

Actif
 Pensionné(e)
 Autre :

Nom & Prénom : BENCHEKROUN ANISSA

Date de naissance : 1956

Adresse : 109, Rue Montaigne Val fleur, CASABLANCA

Tél. : 0661465224 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Siham IDRISI ABLOUHAJOU
 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

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11 / 02 / 2023

Nom et prénom du malade : BENCHEKROUN ANISSA 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) : Ben

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
11.02.2023	C2		300,00dh	

Abouham Ibrahim IBRISSI ABOLAHJOU
 Spécialiste Endocrinologie
 Diabétologie - Nutrition - Obésité
 49, 522 Mars - Casablanca
 Tel: 05 22 22 44 48
 05 22 22 44 48
 05 22 22 44 48

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmeleur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ABU HOUCHA Dr. BELLE-EL-HOUCHA 21, Bd Abi Houraira, "E" CASABLANCA Tél: 0522 38 33 75	11/02/23	538,10
	16/02/23	400,00

ALTI
 10, Rue Racine
 CASABLANCA

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	PC	IM	IV	

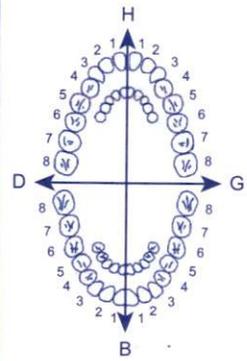
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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

H
 25533412 | 21433552
 00000000 | 00000000



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 - Malgreur

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 الأنولين
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 لغيرهن والرياضيين

11 février 2023

Casablanca, Le
Mme BENCHEKROUN ANISSA

23,4x9

GLUCOPHAGE 1000 1 - 1 - 1 pendant les repas, 3 mois

13,4x3

LEVOTHYROX 50 1 cp / jour le matin. 30 min avant le repas, 3 mois

6,80x3

LEVOTHYROX 25 µg 1 cp / jour le matin 30 min avant le repas, 3
mois

BANDELETTES ADAPTEES AU GLUCOMETRE

1 Bandelette 4 fois /

jour, 3 mois

38,50x3

MALTOFER 100 MG 0 - 1 - 0 après le repas, 3 mois

170,20

OFIKEN 200 MG BTE DE 16 CP 1 - 0 - 1 pendant 8 jours

Dr. Siham IDRISSE 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

Pharmacie ABIBOURAIRA
Dr. BELLE ELH Houda
21, Bd Abi Houraira, "E"
CASABLANCA
Tél: 0527 38 33 75

HEALTH INNOVATION
10, Rue Racing Val Fleuri
CASABLANCA
Tél : 05 22 22 22 41

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés
LOT 221511
EXP 10/2025
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés
LOT 221509
EXP 10/2025
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés
LOT 221509
EXP 10/2025
PPV 28.00DH

28,00

28,00

OFIKEN® 200 mg
Céfixime
Boîte de 16 comprimés
LOT 221012
EXP 03 24
PPV 170.00 DH

Maltofer®
Fer (II)
Comprimés pelliculés boîte de 30
38,50

Maltofer®
Fer (II)
Comprimés pelliculés boîte de 30
38,50

Maltofer®
Fer (II)
Comprimés pelliculés boîte de 30
38,50

Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés
6 118000 081333
LOT 221511
EXP 10/2025
PPV 28.00DH
28,00
28,00
28,00

LOT(10)

670352



2023-11-30



2022-06-03

(01)04015630982110 UDI

ACCU-CHEK®

Performa

06454011

50 Test Strips



For the determination of blood glucose

Only for:
Accu-Chek Performa family of meters

IVD



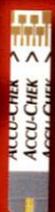
Roche

ACCU-CHEK®

Performa

06454011

50 Bandelettes réactives



Pour la détermination de la glycémie

Seulement pour :
les lecteurs de la gamme
Accu-Chek Performa

2°C 30°C

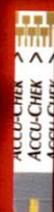
Roche

أكيو-تشيك

بيرفورما

06454011

50 شريط اختبار



لقياس مستوى السكر في الدم

يستخدم فقط مع: أجهزة القياس من مجموعة Accu-Chek Performa

CE 0123

Roche

روش ديابيتس كير جي إم بي

إتش

شارع ساندوهر 116

٦٨٣٠٥ مانهايم، ألمانيا

www.accu-chek.com

ACCU-CHEK و ACCU-CHEK PERFORMA هي علامات تجارية تملكها Roche.

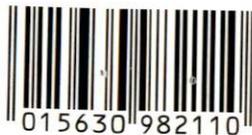
ACCU-CHEK and ACCU-CHEK PERFORMA are trademarks of Roche.

© 2021 Roche Diabetes Care

06911021061A-0121

Roche

REF 06454011200



4 015630 982110

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

Made in U.S.A.



LOT(10)

670352



2023-11-30



2022-06-03

(01)04015630982110 UDI

ACCU-CHEK®

Performa

06454011

50 Test Strips



For the determination of blood glucose

Only for:
Accu-Chek Performa family of meters

IVD



Roche

ACCU-CHEK®

Performa

06454011

50 Bandelettes réactives



Pour la détermination de la glycémie

Seulement pour :
les lecteurs de la gamme
Accu-Chek Performa

2°C 30°C

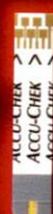
Roche

أكيو-تشيك

بيرفورما

06454011

50 شريط اختبار



لقياس مستوى السكر في الدم

يستخدم فقط مع: أجهزة القياس من مجموعة Accu-Chek Performa

CE 0123

Roche

روش ديابيتس كير جي إم بي

إتش

شارع ساندهوفر 116
68305 مانهايم، ألمانيا

www.accu-chek.com

ACCU-CHEK و ACCU-CHEK PERFORMA هي علامات تجارية تملكها Roche.

ACCU-CHEK and ACCU-CHEK PERFORMA are trademarks of Roche.

© 2021 Roche Diabetes Care

06911021061A-0121

Roche

REF 06454011200



4 015630 982110

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

Made in U.S.A.



