

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

- Réclamation : 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.

190941

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 366 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NESSAoudi Siham

Date de naissance : 1939

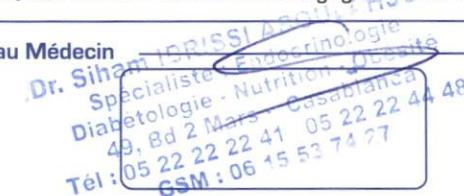
Adresse :

Tél. : 0522891070

Total des frais engagés : 2149,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : CHAKIR EP. MESSAoudi Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : 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'exhaustivité 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) : 190941

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
14.11.23	23 G		300,00 Dhs	Sirhan IBRISSI ABOULAHJOU Médecin : Endocrinologie, Nutrition - Obésité Casablanca Téléphone : 05 22 22 44 48 Date : 14.11.23

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Tél : 03 G58 Montant de la Facture
<p>ARMACIE WILAYA MOULOUYA ZEKRI Abdelati Docteur en Pharmacie 220-222-224 Bd Oued Moulay Elouafa blanc Tél : 03 27 90 51 3 03 22 91 22 00 00 07 1</p>	24/01/23	1849.23

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	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				Coefficient des travaux												
				Montants des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	Coefficient des travaux
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
	<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Montants des soins												
				Date du devis												
				Date de l'exécution												

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

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 - Goître - Hypophyse - Surrénales

Trouble du cycle menstruel - Stérilité du couple

Obésité - Régimes personnalisés - Maigreurs

Prise en charge nutritionnelle après chirurgie bariatrique

Conseils diététiques : femme enceinte, sujet âgé, sportif

الدكتورة سهام الإدريسي أبو لحجل

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 المجلة بواسطة مضخة الأنسولين

داء السكري - الكوليستروл -ارتفاع ضغط الدم - فرط ونقص

الكالسيوم في الدم - الهرمونات - إضطرابات وتاخر النمو والبالغ

الغدة الدرقية - النخامية - الكظرية

إضطرابات الح悱ن - العقم عند الزوجين

السمنة - الحمية - العلاج

المشورة الغذائية: للنساء الحوامل لكبار السن والرياضيين

14 novembre 2023

Casablanca, Le

Mme CHAKIR EP MESSAOUDI MILOUDA

11.00 x 8 HUMALOG MIX 25 KWIPEN 16 - 0 - 12 avant les repas, 3 mois

18.00 x 4 DIAFORMINE 850 MG 1 Cp / jour après le déjeuner, 3 mois

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

19.50 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

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

AIGUILLES 1 aiguille 2 fois / jour, 3 Mois

VITANEVRYL FORT 1- 0 - 1 après les repas, 3 mois

99.00 RELAXIUM B6 375 1 gel / jour le soir, 3 Mois

LAROXYL 4% GTTES 4 gouttes le soir, 3 Mois

F-1869.20

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

Dr. Siham IDRISI ABOULAHJOU
Spécialiste Endocrinologie
Nutrition - Obésité
Diabétologie - Casablanca
49, Bd 2 Mars - 522 22 22 41 - 05 22 22 44 48
5 22 22 22 41 - 06 15 53 74 27

LOT D564733Z.3
UT AV 08 2025
PPV 111.00 DH

LOT D564733Z.3
UT AV 08 2025
PPV 111.00 DH

LOT D564733Z.3
UT AV 08 2025
PPV 111.00 DH

LOT D564733Z.3
UT AV 08 2025
PPV 111.00 DH

LOT D564733Z.4
UT AV 08 2025
PPV 111.00 DH

PPV: 18DH00
PER: 06/26
LOT: M2112

PPV: 18DH00
PER: 06/26
LOT: M2112

PPV: 18DH00
PER: 06/26
LOT: M2112

PPV: 18DH00
PER: 04/26
LOT: M1427

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

OT D564733AJ.2

IT AV 08 2025

PPV 111.00 DH

LOT D564733AJ.1

UT AV 08 2025

PPV 111.00 DH

PPV: 97 DH 6 0
PER 04/25
LOT M1518

PPV: 97 DH 6 0
PER 05/25
LOT M1518

PPV: 97 DH 6 0
PER 05/25
LOT M1518

PPV
LOT
PER

18,80



LOT: 230795
DL00: 09/2026
99.00 DH

Eva Pharmaceutique
armacien Responsable



UDI

2023-04-06
2025-01-05
LOT (10) 26073532
(07) 04015630056316

ACCU-CHEK® Active

07124112

50

**TESTÓW
PASKOWYCH**
Wynik w 5 sekund

ÖLÇÜM ÇUBUĞU
5 sanielik test



Roche

REF 07124112049



4 015630 056316
Roche Diabetes Care GmbH
Sandhofer Strasse 116
68305 M Germany
www.?

195105

Ölçüm çubuğunu
aldıktan sonra şىeyi
hemen sıkıcı 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-cheek.com

İTHALATÇI FİRMA

Roche Diagnostics Turkey A.Ş.
Esentepe Mah. Kırğılı Sok. 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: [ithalatci.adi](http://www.accu-cheek.com)

Roche Diagnostics Turkey A.Ş.
Esentepe Mah. Kırğılı Sok. No:4
34394 İstanbul Türkiye
Tel: (212) 3060606
GTIN: 04015630056316
LSN: 00011934669



09387684001(01)
044x044x080 I

ACCU-CHEK® Active

07124112

50

**TESTÓW
PASKOWYCH**
Wynik w 5 sekund

ÖLÇÜM ÇUBUĞU
5 sanielik test



Roche

ACCU-CHEK is a trademark of Roche.

IVD



CE 0123

+2 °C - +30 °C



FG0010273-153-00
1067829/10 01
6134768
70011023
GD2 350