

# 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.

## Diagnostique 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

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- 0051785

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1677 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OBEID Mustapha

Date de naissance : 01/10/52

Adresse : 4, rue El Gladi App 5 Nacif

Tél. : 06 61 06 50 53 Total des frais engagés : 2 520,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/06/2021

Nom et prénom du malade : KARIM Naïma

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint

Nature de la maladie : Diabète 15A

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 : Cas Le : 28/07/21

Signature de l'adhérent(e) :

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                    |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 16/06/21        | Q                 | 1                     | 250,00                          | Dr. CARIOU BELGADI Joelle<br>DENTISTE<br>719, Bd. Bir Anzane<br>Marj - CASABLANCA |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                   |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                   |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                   |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                   |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                   |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                   |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                   |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                           | Date     | Montant de la Facture |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
|  | 16/06/21 | 2270,80               |
|                                                                                  |          |                       |
|                                                                                  |          |                       |
|                                                                                  |          |                       |
|                                                                                  |          |                       |
|                                                                                  |          |                       |
|                                                                                  |          |                       |
|                                                                                  |          |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|-----------------------------------------------------|------|------------------------------|------------------------|
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

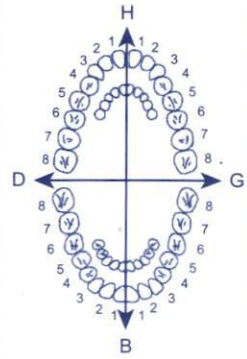
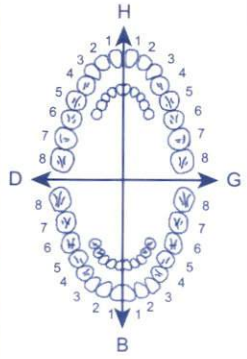
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'

| SOINS DENTAIRES                                                                       | Dents Traitées                                                                                                                                                                                                                          | Nature des Soins | Coefficient |                         |                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------|-------------------------|---------------------|
|    |                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             | Coefficient des Travaux |                     |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         |                     |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         | Montants des Soins  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         |                     |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         | Debut d'Execution   |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         |                     |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         | Fin d'Execution     |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         |                     |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         |                     |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         |                     |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES                                                          | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE<br>H<br>25533412 21433552<br>00000000 00000000<br>D 00000000 00000000 G<br>35533411 11433553<br>B<br>(Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                  |             | Coefficient des Travaux |                     |
|  |                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             | Montants des Soins      |                     |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         |                     |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         | DATE DU DEVIS       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         |                     |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         | DATE DE L'EXECUTION |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         |                     |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         |                     |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         |                     |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         |                     |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         |                     |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Dr. CARIU BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGIE METABOLISME

Lauréate de la Faculté de PARIS

الدكتورة كاريو بلقاضي جوويل

إختصاصية في أمراض الغدد و التغذية

خريجة كلية الطب بباريس

Mme KARIM Neima

Casablanca, le : 16/06/21

Laetus solaster 34 au coucher

Apido solaster 4 matin

16 midi

10 soir

avant repas

152.50

Dilatend 25 1/2 c/g

Nuxol 1 c/soupe x 3j - 4-5 jours

38.80 m

Dr. CARIU - BELQADI

ENDOCRINOLOGIE

119, Bd. Bir Anzarane

Maârif - CASABLANCA

Mme. Amal EL GABBAJ BAHRI  
Docteur en Pharmacie  
PHARMACIE DANTON  
47, Boulevard Bir Anzarane  
Tél : 0522 25 09 78 - 25 09 79

119, شارع بئر انزران - إقامة رمزي، باب (ب) الطابق الثاني - المعاريف - 20100 الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 98 14 67 - 05 22 23 84 84 - 05 22 99 26 53

119, Bd. BIR ANZARANE - Résidence RAMZI - Porte B 2ème Etage - Maârif - 20100 CASABLANCA

Tél.: 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67 - 05 22 99 26 53 - E-mail : carioujoelle@yahoo.fr - ICE : 001634169000021

tablet contains 25 mg carvedilol, lact  
nohydrate, sucrose, povidone, croscel  
loidal anhydrous, magnesium stearat



260095 681454

**BOTTU SA**  
**PPV : 152 DH 50**



260095 681454

**BOTTU SA**  
**PPV : 152DH50**

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

38,80

**Notice : Informations pour l'utilisateur**

**Apidra® SoloStar®**

**100 unités/ml  
solution injectable en  
stylo prérempli  
insuline glulisine**



**SANOFI** 

Sarofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1.  
Ain sebaa Casablanca  
Apidra 100U/ml, Inj 05 sty  
P.P.V : 439,00 DH



**ivement l'intégralité de  
d'utiliser ce médicament  
des informations importantes  
pour vous. Veuillez également lire le mode  
d'emploi d'Apidra SoloStar, stylo prérempli.**

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmier/ère.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin, à votre pharmacien ou à votre infirmier/ère. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

(voir rubrique 3). Si vous avez besoin d'injecter votre insuline d'une autre façon, contactez votre médecin.

Adressez-vous à votre médecin, à votre pharmacien ou à votre infirmier/ère avant d'utiliser Apidra. Respectez attentivement les instructions de votre médecin concernant la dose, la surveillance (analyses de sang), le régime alimentaire et l'activité physique (travail et exercice physique).

Groupes particuliers de patients

Si vous avez des problèmes de foie ou de reins, parlez-en à votre médecin car vous pouvez avoir besoin d'une dose plus faible.

Il n'existe pas de données cliniques suffisantes sur l'utilisation de Apidra chez l'enfant de moins de 6 ans.

Voyages

Avant de partir en voyage, consultez votre médecin pour vous informer sur les points suivants :

- disponibilité de votre insuline dans le pays où vous allez,
- fourniture d'insuline, d'aiguilles, etc.,
- conservation adéquate de votre insuline pendant le voyage,
- horaire des repas et des injections d'insuline pendant le voyage,
- effets possibles du changement de fuseau horaire,
- nouveaux risques éventuels pour votre santé dans les pays visités,
- ce que vous devez faire dans les situations d'urgence lorsque vous vous sentez souffrant ou malade.

Maladies et blessures

Dans les situations suivantes, la prise en charge de votre diabète peut nécessiter encore plus de



**Notice :**  
**Information pour l'utilisateur**

 **Lantus® SoloStar®**

**100 unités/ml**  
**solution injectable en stylo prérempli**  
**insuline glargine**

**SANOFI** 

entivement l'intégralité de  
nt d'utiliser ce médicament  
t des informations importantes  
llez également lire le mode  
ntus SoloStar, stylo prérempli,  
ce médicament.

notice. Vous pourriez avoir besoin

autres questions, interrogez votre  
médecin, votre pharmacien ou votre infirmier/  
ère.

é personnellement  
à d'autres personnes.  
même si les signes de  
ues aux vôtres.  
conque effet  
otre médecin ou à  
applique aussi à tout

effet indésirable qui ne serait pas mentionné  
dans cette notice. Voir rubrique 4.

Adressez-vous à votre médecin, à votre pharmacien  
ou à votre infirmier/ère avant d'utiliser Lantus.  
Respectez attentivement les instructions de votre  
médecin concernant la posologie, la surveillance  
(analyses de sang et d'urine), le régime alimentaire  
et l'activité physique (travail et exercice physique),  
la technique d'injection.  
Si votre glycémie est trop faible (hypoglycémie),  
suivez les conseils en cas d'hypoglycémie (voir  
l'encadré à la fin de cette notice).

Voyages

Avant de partir en voyage, consultez votre médecin  
pour vous informer sur les points suivants :

- disponibilité de votre insuline dans le pays où  
vous allez,
- fourniture d'insuline, d'aiguilles, etc.,
- conservation adéquate de votre insuline pendant  
le voyage,
- horaire des repas et des injections d'insuline  
pendant le voyage,
- effets possibles du changement de fuseau  
horaire,
- nouveaux risques éventuels pour votre santé  
dans les pays visités,
- ce que vous devez faire dans les situations  
d'urgence lorsque vous vous sentez souffrant ou  
malade.

Maladies et blessures

Dans les situations suivantes, la prise en charge  
de votre diabète peut nécessiter beaucoup de  
précautions (par exemple d'adapter la dose  
d'insuline, les analyses de sang et d'urine) :

- Si vous êtes malade ou souffrez d'une blessure  
importante, votre glycémie risque d'augmenter  
(hyperglycémie).
- Si vous ne vous nourrissez pas suffisamment,  
votre glycémie risque de diminuer  
(hypoglycémie).

