

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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.

Maladie chronique :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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° P19- 0048025

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0007596 Société : 46030

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : R. RAFIK HANAN

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 06 61 88 26 49 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur WAFI Abderrahim
Endocrinologue - Diabétologue
Tél: 25.19.70

Date de consultation : 14 / 12 / 20

Nom et prénom du malade : DAFIK HANAN Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Maladie chronique

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) :

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
14/10/20	2500	2	2500	Docteur WAFI Abderrahim Endocrinologue - Diabétologue Pyrenées Tél: 25.19.70

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE LA CONSERVATION Lotissement Leamin N°18 BERRECHID Tél 05 22 32 45 71	14/10/20	171,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
IBN SIM d, Mohammed V, BERRECHID Tél 05 22 32 66 43	13/10/20	B405	150,70

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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Dr. Wafdi Abderrahim

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Paris

ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE

Diabète - Cholestérol - Hypertension
Obésité - Thyroïde

الدكتور وافي عبد الرحيم
اختصاصي من كلية الطب بباريس

أمراض الغدد - مرض السكر - الملح

الكوليسترول - السمينة

Casablanca, le 14/10/20

Mr. Zouhair Hamani

17.10.

Metformine 850, 1 comprimé par jour
à jeun

Stérol

17.10.
Docteur WAFDI Abderrahim
Endocrinologue - Diabétologue
Tél: 25.19.70

2, زنقة عبد الله راجيع (بريني سابقا) - زاوية شارع ابراهيم الروداني - المعاريف - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22.25.19.70

2, Rue Abdallah RAJAI (Ex. Pyrenées) - Angle Bd. Brahim Roudani - Maârif - CASABLANCA - Tél. : 05 22.25.19.70

Comprimé pelliculé**Voie orale**

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien

Dans cette notice :

1. Qu'est-ce que Metformine Win, comprimé pelliculé et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre Metformine Win, comprimé pelliculé ?
3. Comment prendre Metformine Win, comprimé pelliculé ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver Metformine Win, comprimé pelliculé ?
6. Informations supplémentaires

1. QU'EST-CE QUE Metformine Win, comprimé pelliculé ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?**Classe pharmacothérapeutique**

Metformine Win contient de la metformine. C'est un médicament utilisé pour traiter le diabète. Il appartient à la classe de médicaments appelés les biguanides.

Indications thérapeutiques

Associé à un régime alimentaire adéquat, ce médicament est un antidiabétique oral destiné au traitement du diabète de type 2.

- Chez l'adulte, il peut être prescrit seul ou en association avec un autre antidiabétique oral ou l'insuline.
 - Chez l'enfant de plus de 10 ans et l'adolescent : il peut être prescrit seul ou en association avec l'insuline.
- Metformine Win 1000 mg peut remplacer deux comprimés dosés à 500 mg de metformine lorsque le traitement nécessite une dose de 2 ou 3 grammes par jour de metformine.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE Metformine Win, comprimé pelliculé ?
Contre-indications**Ne prenez jamais Metformine Win :**

- Si vous êtes allergique (hypersensible) à la metformine ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament (voir « Que contient Metformine Win » dans la rubrique 6. « Informations supplémentaires »).
- Si vous avez des problèmes liés à vos reins ou votre foie.
- Si vous avez un diabète non contrôlé, s'accompagnant par exemple d'une hyperglycémie sévère (taux de sucre trop élevé dans le sang), de nausées, de vomissements, d'une déshydratation, d'une perte de poids rapide ou d'une

acidocétose. L'acidocétose est une affection qui consiste en une accumulation dans le sang de substances appelées « corps cétoniques » et qui peut provoquer un coma diabétique. Les symptômes sont plus particulièrement une douleur à l'estomac, une respiration rapide et profonde, une envie de dormir ou une haleine ayant une odeur fruitée inhabituelle.

- Si vous avez suite à une dia plusieurs fois c problèmes de lactique (voir « ci-dessous »).
- Si vous avez des poumons infections sévères peuvent vous mettre en danger d'acidose lactique (voir « Faites attention avec Metformine Win » ci-dessous).
- Si vous prenez un traitement contre l'insuffisance cardiaque ou si vous avez récemment eu une crise cardiaque, si vous souffrez de graves problèmes de circulation sanguine (tel un choc) ou si vous avez des difficultés respiratoires. Ceci peut entraîner un manque d'apport en oxygène des tissus, qui peut vous mettre en danger d'acidose lactique (voir « Faites attention avec Metformine Win » ci-dessous).
- Si vous consommez beaucoup d'alcool.

Si l'un des cas ci-dessus s'applique à vous, parlez-en à votre médecin avant de commencer à prendre ce médicament.

Veillez à demander conseil à votre médecin si :

- vous devez passer un examen radiographique ou un scanner qui pourrait nécessiter l'injection d'un produit de contraste à base d'iode dans votre circulation sanguine;
 - vous devez subir une intervention chirurgicale majeure.
- Vous devez arrêter de prendre Metformine Win un certain temps avant et après de tels examens ou interventions chirurgicales. Votre médecin décidera si vous avez besoin ou non d'un traitement de remplacement pendant cette période. Il est important que vous suiviez précisément les instructions de votre médecin.

Précautions d'emploi; mises en garde spéciales

Faites attention avec Metformine Win :

Veillez noter le risque particulier suivant d'acidose lactique
Metformine Win peut provoquer une complication très rare mais grave appelée acidose lactique, en particulier si vos reins ne fonctionnent pas correctement. Le risque d'acidose lactique est également accru en cas de diabète non contrôlé, de jeûne prolongé ou de consommation d'alcool. Les symptômes de l'acidose lactique sont des vomissements, des maux de ventre (douleurs abdominales) avec crampes musculaires, une sensation de mal-être général avec une fatigue intense et des difficultés à respirer. **Si vous vous trouvez dans cette situation, vous aurez peut-être besoin d'être hospitalisé(e) immédiatement pour recevoir un traitement car l'acidose lactique peut conduire à un coma. Arrêtez tout de suite de prendre Metformine Win et contactez immédiatement un médecin ou l'hôpital le plus proche.**

Metformine Win à lui seul ne provoque pas d'hypoglycémie (taux de sucre dans le sang trop faible). Cependant, si vous prenez

LOT : 206005
PER-01 2023

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30

P.P.V : 17DH10



nple
z vom
BS
acidose

tion
s. Des
ains qui

ICE :001761756000030

LABORATOIRE IBN SINA

Bd Mohammed V

BERRECHID

INPE :063000509

Tel : 05.22.33.66.43

Fax : 05.22.33.66.42

Patente : N° 40700369 C.N.S.S : N°2229541 IGR : 40195644

FACTURE : 72424

IB 26931 B

Nom et Prénom : Mme RAFIK Hanan

Prescripteur :

Référence : 131020 019

Date : 13/10/2020

BILAN :

GLY B 15 + HBA1 B 90 +

MONTANT NET : 150,70 Dhs Soit 105 B

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

Cent cinquante Dh et soixante dix cts

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
IBN SINA
Bd, Mohammed V, BERRECHID
Tél 05 22 33 66 43

Dr. Wafdi Abderrahim

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Paris

ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE

Diabète - Cholestérol - Hypertension
Obésité - Thyroïde

الدكتور وافي عبد الرحيم
اختصاصي من كلية الطب بباريس

أمراض الغدد - مرض السكر - الملح

الكوليسترول - السمينة

Casablanca, le 13/10/12 في الدار البيضاء،

Dr. Wafdi Abderrahim

Dr. Wafdi Abderrahim

Ed. Mohammed V BERRACHIO
Tél: 05 22 25 19 70
IBN SINA
LABORATOIRES MEDICALES

Docteur WAFDI Abderrahim
Endocrinologue - Diabétologue
Pyramides Tél: 25.19.70



Berrechid le : 13/10/2020

CIN :

Résultats complets
Edité le: 13/10/2020

Mme RAFIK Hanan

IB 26931 B

RF: 131020019

BIOCHIMIE

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

GLYCEMIE A JEUN 2,08 g/l (N : 0.70 à 1.10)
(Technique HITACHI 704) Soit 11,55 mmol/l (N : 3.89 à 6.11)
H.B.A.1.C 9,1 %
I.F.C.C 76 mmol/mol
(Technique HPLC-723GX)

08/03/17 : 1,32

INTERPRETATION

(Normale : 3.9 à 6.5 % - 19 à 48 mmol/mol)
(Diabète équilibré : 6 à 7 % - 42 à 53 mmol/mol)
(Diabète déséquilibré: > 7 % - > 53 mmol/mol)

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES IBN SINA
DI. BERRECHID
Tél: 05 22 33 66 43

* GLYCOHEMOGLOBIN REPORT *

2020/10/13 12:27

TOSOH CORPORATION V01.10

NO: 0004 TB 0001 - 04

ID: 31310019

CAL(N) = 1.0987X + 0.8074

TP 460

NAME	%	TIME	AREA
FP	0.0	0.00	0.00
A1A	0.5	0.26	15.53
A1B	0.9	0.33	29.13
F	0.6	0.42	20.91
LA1C+	3.0	0.57	101.83
SA1C	9.1	0.69	256.24
A0	87.5	1.06	2965.98
TOTAL AREA			3389.61

HbA1c 9.1%
IFCC 76 mmol/mol

HbA1 10.4 % HbF 0.6 %
0% 15%

