

# 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

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 - 8ème 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- 0041207

ND: 14361

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8499 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BOUMHAMDI DRISS  
 Date de naissance : 03/12/1963  
 Adresse : Rte EL Boujane 2 IMM 06 APT 20 Sidi Bernoussi Casablanca  
 Tél. : 0613856914 Total des frais engagés : 2500 + 232,30 € Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ALABADDAN Sana  
 Endocrino - Diabétologue  
 32, Rue Med. Ben Brahim Marrakechi  
 Tél: 05 22 47 07 54 / 06 12 13 80 45

Date de consultation : 16 OCT. 2019  
 Nom et prénom du malade : Boumhamdi Driss Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Diabète Insulinodépendant avancé  
 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 : Casa Le : 27/12/2019  
 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
16 OCT. 2019	C	2	250gh	Dr. ALABADDAN SAÏD Endocrinologue - Diabétologue 32, Rue Med. Ben Brahim Marrakchi Tél: 05 22 47 07 54 / 06 12 13 80 45

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
Pharmacie LOUIS Cours Fournisseur 14 NOV. 2019 place Leclerc 59440 Avesnes sur Helpe Tél : 03.27.61.10.31-Fax : 03.27.61.09.24 TP 592099063	14/11/2019 7/11/2019	10,15 € 222,15 €

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

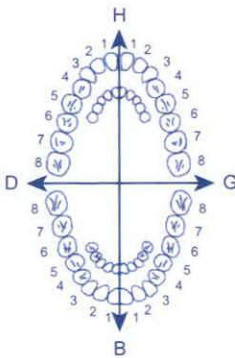
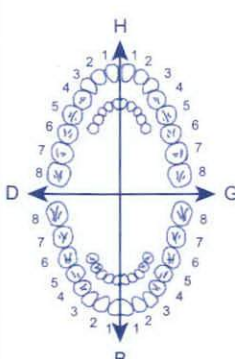
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

# 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'

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table><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																	
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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'EXECUTION

# Dr AL ABADANE Sana

Endocrino-diabétologue et nutritionniste

Spécialiste de l'Université René Descartes Paris

Ex. Chef du Service d'Endocrino-diabétologie

à la polyclinique CNSS - Ziraoui - Casa

32, Rue Mohamed Ben Brahim Al Morrakouchi

20250 Casablanca - Tél.: 06 12 13 80 45 / 05 22 47 07 54

E-mail : sana@sihalla.com

Casablanca, le 16 OCT. 2019

# الدكتورة آل عبدان سنا

أخصائية في داء السكري و أمراض الغدد

خريجة جامعة ديكرت باريس

رئيسة مصلحة داء السكري بمصحة

الضمان الاجتماعي الزيراوي سابقا

32. زنقة محمد بن ابراهيم المراكشي. 20250 - البيضاء

الهاتف : 06 12 13 80 45 / 05 22 47 07 54

البريد الالكتروني : sana@sihalla.com

الدار البيضاء، في

Bourhamdi Driss

Novorapid flex pen

10u sub

10u cidi

Lantus Solostar

40u sni

Levo Thyrox 100 + 50

Nabyl forte 1p + 1p.

x 3 fois

PHARMACIE SAINT LOUIS

Christophe Devendeville

07 NOV. 2019

4 place Leclerc 59440 Avesnes sur Helpe

Tél : 03.27.61.10.31-Fax : 03.27.61.09.24

TP 592099063

الدكتورة آل عبدان سنا  
Dr AL ABADDAN Sana  
Endocrino-diabétologue  
32, Rue Med. Ben Brahim Morrakchi  
Tél: 05 22 47 07 54 / 06 12 13 80 45



# LEVOTHYROX®

## comprimé sécable

Lévothyroxine sodique

**Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.**

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- 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 ou à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

### Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que Lévothyrox et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre Lévothyrox ?
3. Comment prendre Lévothyrox ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver Lévothyrox ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

EXP 04/2022  
Lot G004XW20  
PC: 03400930121429  
SN: 9487695000



EXP 11/2021  
Lot 26561120  
PC: 03400930121429  
SN: 9713263789



Signalez lui tout  
traitement, notam

- en cas de maladie cardiaque (infarctus du myocarde, angine de poitrine, insuffisance cardiaque), ou d'hypertension,
- en cas d'insuffisance de fonctionnement des glandes surrénales (baisse de production de certaines hormones).

Dans toutes ces situations, la prescription du traitement par hormones thyroïdiennes se fera au cas par cas et la surveillance des sujets sera particulièrement attentive.

Si vous êtes enceinte ou envisagez de l'être, prévenez votre médecin le plus tôt possible, il mettra en place un suivi rapproché de votre grossesse afin d'adapter les doses si nécessaire (voir rubrique « Grossesse, allaitement et fertilité »).

Si vous changez de marque pendant votre traitement par la lévothyroxine, princeps ou générique, votre médecin vous demandera de demander d'effectuer certaines analyses biologiques supplémentaires (dosage de la TSH) : en particulier si vous avez un cancer thyroïdien, si vous êtes atteint de troubles cardiovasculaires, si vous êtes enceinte, si vous êtes âgé ou si le patient est un enfant.

Chez les femmes ménopausées présentant une hypothyroïdie associée à un risque accru d'ostéoporose (fragilisation des os), une surveillance étroite de la thyroïde est recommandée.

Les hormones thyroïdiennes ne doivent pas être utilisées pour perdre du poids. Si votre taux d'hormone thyroïdienne est compris dans les valeurs normales, la prise d'hormones thyroïdiennes ne fera pas diminuer votre

**MERCK**

**LEVOTHYROX<sup>®</sup>**

**comprimé sécable**

Lévothyroxine sodique

PC: 03400930065686

SN: 71221777396  
EXP 04/2022  
Lot 6003LY



PC: 03400930065686

SN: 96345377787  
EXP 04/2022  
Lot 6005LQ



**Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.**

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- 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 changez de marque pendant votre traitement par la lévothyroxine, princeps ou générique, votre médecin pourra vous demander d'effectuer certaines analyses biologiques supplémentaires (dosage de la TSH) : en particulier si vous avez un cancer thyroïdien, si vous êtes atteint de troubles cardiovasculaires, si vous êtes enceinte, si vous êtes âgé ou si le patient est un enfant.

Chez les femmes ménopausées présentant une hypothyroïdie associée à un risque accru d'ostéoporose (fragilisation des os), une surveillance étroite de la thyroïde est recommandée.

Les hormones thyroïdiennes ne doivent pas être

# NovoRapid® FlexPen®



l'injection, son effet maximum apparaît 1 à 3 heures après l'injection et l'effet dure de 3 à 5 heures. En raison de sa courte durée d'action, NovoRapid® doit normalement être associé à des insulines d'action intermédiaire ou d'action prolongée.

## 2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser NovoRapid® ?

PC/SN/EXP/Lot :

03400935527400



0606786661010  
07/2021  
JFG1664

PC/SN/EXP/Lot :

03400935527400



0220422635321  
07/2021  
JFG1664

Si vous êtes concerné par une de ces situations, n'utilisez pas NovoRapid®. Demandez conseil à votre médecin, votre infirmier/ère ou votre pharmacien.

### Avant d'utiliser NovoRapid®

- Contrôlez l'étiquette pour vous assurer que vous disposez du bon type d'insuline.
- Utilisez toujours une aiguille neuve lors de chaque injection pour prévenir le risque de contamination.
- Les aiguilles et NovoRapid® FlexPen® ne doivent pas être partagés.
- NovoRapid® FlexPen® ne convient que pour les injections sous-cutanées. Veuillez consulter votre médecin si vous devez employer une autre méthode pour vous injecter de l'insuline.

### Avertissements et précautions

Certaines conditions physiques et activités peuvent modifier votre besoin en insuline.

Consultez votre médecin :

- Si vous avez des problèmes de reins, de foie, de glandes surrénales, d'hypophyse ou de thyroïde.
- Si vous faites plus d'efforts physiques que d'habitude ou si vous voulez modifier votre régime alimentaire habituel, car ceci peut modifier votre taux de sucre dans le sang.
- Si vous êtes malade, continuez à prendre votre insuline et consultez votre médecin.
- Si vous partez en voyage à l'étranger, les

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

 **Lantus® SoloStar®**

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

**SANOFI** 

**Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous. Veuillez également lire le mode d'emploi de Lantus SoloStar, stylo prérempli, avant d'utiliser ce médicament.**

- 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 ou à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

**Contenu de cette notice**

1. Qu'est-ce que Lantus et dans quel cas est-il utilisé
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser Lantus
3. Comment utiliser Lantus
4. Quels sont les effets indésirables éventuels
5. Comment conserver Lantus
6. Contenu de l'emballage et autres informations

**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 vous dans les pays visités,
- ce que vous devez faire dans les situations d'urgence lorsque vous vous sentez si 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 maladie importante, votre glycémie risque d'augmenter (hyperglycémie).
- Si vous ne vous nourrissez pas suffisamment, votre glycémie risque de diminuer (hypoglycémie). Dans la plupart des cas vous aurez besoin d'un médecin. **Veillez à contacter rapidement un médecin.**

Si vous souffrez de diabète de type 1 (diabète insulino-dépendant), n'arrêtez pas votre insuline et continuez de prendre suffisamment de glucides. Prévenez toujours les personnes qui s'occupent de vous ou vous traitent que vous avez besoin d'insuline.

Le traitement par insuline peut entraîner la

**Les médicaments pouvant provoquer une baisse de votre glycémie (hypoglycémie) comprennent :**  
– tous les autres médicaments utilisés pour traiter le diabète,

**CIP 03400937722988**



SN

1111625NTWKW4VP

Lot 9F6511A

EXP 31-05-2022

**CIP 03400937722988**



SN

1111625NTWKPP9Y

Lot 9F6511A

EXP 31-05-2022

**CIP 03400937722988**



SN

1111625NTWM987P

Lot 9F6511A

EXP 31-05-2022

- les diurétiques (utilisés pour traiter l'hypertension artérielle ou une rétention excessive de liquide),
- le glucagon (hormone pancréatique utilisée pour traiter des hypoglycémies sévères),
- l'isoniazide (utilisé pour traiter la tuberculose),
- les œstrogènes et les progestatifs (tels que la pilule contraceptive),
- les dérivés phénothiazines (utilisés pour traiter des maladies psychiatriques),
- la somatotropine (hormone de croissance),
- les médicaments sympathomimétiques (tels que épinéphrine [adrénaline], salbutamol,

**ORIGINAL**

**PHARMACIE DEVENDEVILLE**  
**DEVENDEVILLE CHRISTOPHE**

4 PLACE DU GENERAL LECLERC

59440 AVESNES/HELPE

France

Tel : 03-27-61-10-31

Fax : 03-27-61-09-24

Email : pharmaciesaintlouis59@gmail.com

**BOUMHAMDI DRISS - 30857**

2 Residence EL Boustane IMM 06 APPT 20

Sidi Bernoussi

00000 CASABLANCA

MAROC

BOUMHAMDI DRISS - Vente directe - Ticket 2019044065

Code	Désignation	Qté	Prix TTC unitaire	Prix HT unitaire	% remise	Montant Total HT	Taux TVA
3400935527400	NOVORAPID FLEX 100U/ml S inj sty pr 5Cart/3ml	2	35,23	34,505	0,00 %	69,011	2,10 %
	Honoraire simple	2	1,02	0,999	0,00 %	1,998	2,10 %
3400937722988	LANTUS SOLOSTAR 100U/ml S inj 5Stylo/3ml	3	45,48	44,545	0,00 %	133,634	2,10 %
	Honoraire simple	3	1,02	0,999	0,00 %	2,997	2,10 %
3400930065686	LEVOTHYROX 50µg Cpr séc Plq/PVC/alu/90	1	2,77	2,713	0,00 %	2,713	2,10 %
	Honoraire simple	1	1,02	0,999	0,00 %	0,999	2,10 %
3400930121429	LEVOTHYROX 100µg Cpr séc Plq/90 PVC/alu	1	5,34	5,230	0,00 %	5,230	2,10 %
	Honoraire simple	1	1,02	0,999	0,00 %	0,999	2,10 %

Nombre de lignes : 8

Solde de votre compte : -222,15 €

Taux TVA	Base HT	Remise globale	Frais de livraison	HT Net	Montant TVA	Montant TTC
2,10 %	217,58			217,58	4,57	222,15 €

Règlements

Crédit 222,15 €

Montant total HT 217,58 €

Montant total TTC 222,15 €

**Net à payer 222,15 €**

**Date d'échéance 15/11/2019**

Aucun escompte ne sera pratiqué pour paiement comptant ou anticipé. Conformément à la loi 92-1442 du 31 décembre 1992, relative au délai de paiement entre les entreprises, tout retard de paiement total ou partiel à l'échéance indiquée sur la facture entraînera l'application de pénalités et ce, sans qu'un rappel soit nécessaire. Ces pénalités seront facturées à un montant forfaitaire de 40 €.

SELARL au capital de 0,00 € - SIRET n° 80367602200012 NAF 4773Z TVA n°FR55803676022 - RCS : VALENCIENNES

LEO2.OV213.1-80133-8ff9

Poste : LEO22

Partie à joindre avec votre règlement

Facture n° 2019034793 du 15/11/2019 pour un montant de 222,15 €

En cas de règlement par virement, merci d'utiliser le compte :

BNP PARIBAS IBAN : FR7630004005260001004161190 BIC : BNPAFRPPXXX

**ORIGINAL**

**PHARMACIE DEVENDEVILLE**  
**DEVENDEVILLE CHRISTOPHE**

4 PLACE DU GENERAL LECLERC  
59440 AVESNES/HELPE  
France  
Tel : 03-27-61-10-31  
Fax : 03-27-61-09-24  
Email : pharmaciesaintlouis59@gmail.com

**BOUMHAMDI DRISS - 30857**  
2 Residence EL Boustane IMM 06 APPT 20  
Sidi Bernoussi  
00000 CASABLANCA  
MAROC

BOUMHAMDI DRISS - Vente directe - Ticket 2019044063

Code	Désignation	Qté	Prix TTC unitaire	Prix HT unitaire	% remise	Montant Total HT	Taux TVA
3400930065686	LEVOTHYROX 50µg Cpr séc Plq/PVC/alu/90	1	2,77	2,713	0,00 %	2,713	2,10 %
	Honoraire simple	1	1,02	0,999	0,00 %	0,999	2,10 %
3400930121429	LEVOTHYROX 100µg Cpr séc Plq/90 PVC/alu	1	5,34	5,230	0,00 %	5,230	2,10 %
	Honoraire simple	1	1,02	0,999	0,00 %	0,999	2,10 %

Nombre de lignes : 4

Solde de votre compte : -10,15 €

Taux TVA	Base HT	Remise globale	Frais de livraison	HT Net	Montant TVA	Montant TTC
2,10 %	9,94			9,94	0,21	10,15 €

Règlements

Carte bancaire 10,15 €

Montant total HT 9,94 €  
Montant total TTC 10,15 €

<b>Net à payer</b>	<b>10,15 €</b>
<b>Date d'échéance</b>	<b>15/11/2019</b>

Aucun escompte ne sera pratiqué pour paiement comptant ou anticipé. Conformément à la loi 92-1442 du 31 décembre 1992, relative au délai de paiement entre les entreprises, tout retard de paiement total ou partiel à l'échéance indiquée sur la facture entraînera l'application de pénalités et ce, sans qu'un rappel soit nécessaire. Ces pénalités seront facturées à un montant forfaitaire de 40 €.