

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W19-539002

ND : 41301

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8330

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SAAD Abdelaziz

Date de naissance :

05/02/1964

Adresse :

19 lot A1 WOROUD, HAY CHRIFA  
CASABLANCA

Tél. :

0661.06.85.45

Total des frais engagés : 119 335,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Professeur Hassan EL GHOMARI  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition  
Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anouar  
el Abdelmoumen N°313 - Casa - Tél. : 05 22 86 18 42

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

SAAD MOHAMED EL MEHDY Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : 23/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :



ACCUEIL

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
12/06/2023			300 fm	INP : 09102835 TEL GHOMARI urologie

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Professionnel Has Spécialiste en Nutrition Distributeur et Nutriteur Montant de la Facture
<b>Pharmacie Oued El Makhazine</b> <b>Mohamed Almine BENNANI</b> Docteur en Pharmacie Lot Oued El Makhazine - route d' Ain Chock - Casablanca. tél : 05 22 52 71 11 / e-mail : bennani.dr@gmail.com <b>I.W.P.</b>	<b>12-26-</b> <b>2020</b>	<b>Abdelraouen N° 313 - Casa</b> <b>et Abdelmeumen N° 35 - Boulevard Arrouad</b> <b>19335,75</b>

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	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.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

# **Docteur Hassan EL GHOMARI**

**Professeur à la F.M.P.C**

Spécialiste en Endocrinologie - Diabétologie

Nutrition & Croissance

Ancien Attaché à l'hôpital Saint Luc  
de Montréal - Canada



# **الدكتور حسن الغماري**

أستاذ جامعي بكلية الطب والصيدلة

أخصائي أمراض الغدد - داء السكري

التغذية والنمو

طبيب سابق بمستشفى سان لوك

مونتريال - كندا

Casablanca, le :

12 - 06 - 2015

الدار البيضاء، م.



**Enf. SAAD MED EL MEHDI**

NORDILET 5 MG

20 clics en s/c 6 jours / 7 pendant 3 Mois

AIGUILLES 4 MM BD

225,00

1193,00  
x 16

= 19088,00

BAYCUTENE CREME

11,70

1 app / jour



**Professeur Hassan EL GHOMARI**  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabetologie et Nutrition  
Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anoual  
Casablanca - N° 313 - Casablanca - Tél: 05 22 86 14 14

T = 19335,70

مركز عبد المؤمن، زاوية شارع أنواول وشارع عبد المؤمن، الطابق الثالث - رقم 313 الدار البيضاء

Abdelmoumen Center, Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen, 3<sup>ème</sup> étage - N° 313 - Casablanca

الهاتف : 05 22 86 14 14 / 05 22 86 37 44 البريد الإلكتروني : hassanelghomari@yahoo.fr

E-mail : hassanelghomari@yahoo.fr - Tél. : 05 22 86 14 14 / 05 22 86 37 44

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032



# Pharmacie Oued El Makhazine

Date

12-06-2020

三

## Client

SAAD YAHYAEC EC TEAIDI

092046754

三

M.TOTAL

1933/72

---

1, Lot. Oued El Makhazine - Inara 1 - Aïn Chock - Casablanca  
ICE : 00036018000069 - IF: 14397411 - CNSS: 9417256 - RC : 399650  
Tél. : 05 22 52 70 17 - Email.: bennani.dr@gmail.com

**Norditropine® NordiLet®**

5mg/1.5ml

Solution injectable

PPV : 1193 DHS

**N  
N  
5**

1 N 6 118001 121168

Norditropine® NordiLet® 5mg/1.5 ml

Sty<sup>l</sup> Norditropine® NordiLet®

2 C 5mg/1.5ml

Solution injectable

No PPV : 1193 DHS

inj<sup>t</sup>

pré

No

crc

sul

Le:

po

6 118001 121168

injectables, acide chondriyrique et hyaluronique de SO<sup>4</sup>

Norditropine® NordiLet®

3 5mg/1.5ml

L Solution injectable

d PPV : 1193 DHS

c

4

E

F

F

6 118001 121168

les filles en raison du syndrome de Turner) retard de croissance chez les

er Norditropine® NordiLet®

ch 5mg/1.5ml

ge Solution injectable

cr PPV : 1193 DHS

A

D<sub>i</sub>L<sub>e</sub>L<sub>e</sub>

cr

rét

6 118001 121168

hormone de croissance après achèvement de leur croissance. Ce test n'est pas requis pour les

pa Norditropine® NordiLet®

hc 5mg/1.5ml

ur Solution injectable

gé PPV : 1193 DHS

hy

sy

in

ay

pi

hj

an

6 118001 121168

après au moins 4 semaines après l'arrêt du

8-2080-73-290-2

**Norditropine® NordiLet®**

5mg/1.5ml

Solution injectable

PPV : 1193 DHS

S

G

I/

C

6 118001 121168

**Norditropine® NordiLet®**

5mg/1.5ml

Solution injectable

PPV : 1193 DHS

8-2080-73-290-2

de la



les concentrations sériques à IGF-I.

Chez les patients présentant un déficit en hormone de croissance détecté à l'âge adulte, il est

**Norditropine® NordiLet®**

5mg/1.5ml

Solution injectable

PPV : 1193 DHS

8-2080-73-290-2

chez



6 118001 121168

les femmes, surtout celles suivant un traitement

norditropine soient sous-traitées, alors que les

"IGF-I avec une faible

à la

les soins du taux r adapter la

à une faible

es plus es hommes

8-2080-73-290-2

ne



6 118001 121168

8-2080-73-290-2  
et  
2/jour8-2080-73-290-2  
mome  
nt de  
selon8-2080-73-290-2  
es plus  
es hommes8-2080-73-290-2  
es plus  
es hommes**Norditropine® NordiLet®**

5mg/1.5ml

Solution injectable

PPV : 1193 DHS

l  
h  
t  
L  
c  
c 6 118001 121168  
comme une évolution normale.  
Cependant, comme mesure de

traitement par Norditropine® NordiLet® rénale doit être surveillée pour dégradation excessive de

Norditropine® NordiLet®  
5mg/1.5ml  
Solution injectable  
PPV : 1193 DHS6 118001 121168  
l'hormone de croissance n'a pas augmenté le taux de reNorditropine® NordiLet®  
5mg/1.5ml  
Solution injectable  
PPV : 1193 DHS6 118001 121168  
Hypertension intracrânienneNorditropine® NordiLet®  
5mg/1.5ml  
Solution injectable  
PPV : 1193 DHS6 118001 121168  
le traitement devrait être arrêté.  
A l'heure actuelle, il n'y a pas

données pour orienter la décision de patients présentant une hypertension intracrânienne normalisée. Si l'hormone de croissance est surveillée rapprochée à la hypertension intracrânienne, patients présentant un déficit de croissance secondaire à une

Norditropine® NordiLet®  
5mg/1.5ml  
Solution injectable  
PPV : 1193 DHS



6 118001 121168

الزر الصاغط

تدرج الزر الصاغط

Norditropine® NordiLet®  
5mg/1.5ml  
Solution injectable  
PPV : 1193 DHS

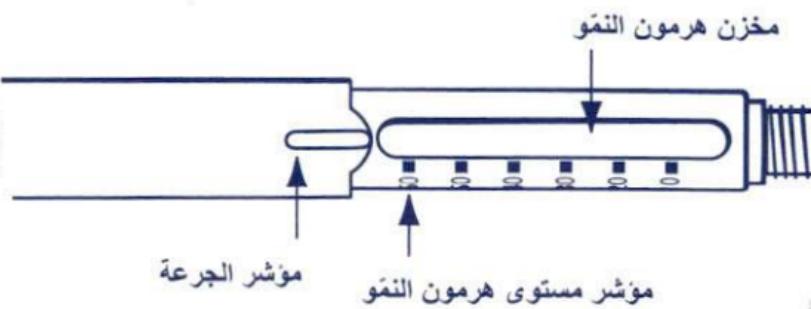


• يُسْعَى لِلْعَدْلِ نُورِدِيَّلَات® إِذَا كَانَ هُرْمُونُ النَّمَوْ لَمْ يَظْهُرْ رَأْفَأً وَشَفَافًا.

يمكن تنظيف الجسم الخارجي لقلم الحقن نورديلات عن طريق المسح بالقطن مبلل بالكلوروكس.

نورديلات® نورديتروبين® لا يوضع في الكحول يغسل، ولا يزيت (يدهن) لأن ذلك قد يفسد المحتوى.

8-2080-73-290-2



#### 4. الحقن الموقالية

ن النمو

8-2080-73-290-2

يجب دوماً مراقبة الزر الصاغط بأنه منخفض تماماً، وإلا يدار غطاء القلم حتى يصبح الزر الصاغط منخفض تماماً. تتبع بعد ذلك الخطوات المشار إليها في الفقرات من 1-3. يجب دوماً عدم استعمال صوت الطقة كوسيلة لتحديد أو تأكيد الجرعة. راقبوا دوماً التدرجين للتتأكد من صحة الجرعة المحددة.

تذكروا بأن:

- يبقى دوماً الغطاء مغلق على القلم نورديتروبين® نورديلات® عندما لا يستعمل.
- تستعمل دوماً إبر جديدة لكل حقنة.
- لا تترك الإبرة مثبتة على نورديتروبين® نورديلات® عندما لا يستعمل.
- بامكانكم استعمال مؤشر مستوى هرمون النمو لتقدير

الزر الصاغط  
حقن