

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ptique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

N° P19- 060290

ND 53471

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1373

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre:

Nom & Prénom : MARA RY ABDELLAH

Date de naissance : 1950

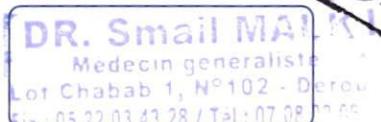
Adresse : 0 MA 250 Dern

Tél. : 06 33 83 3001

Total des frais engagés : 100000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/12/2010

Nom et prénom du malade : MARAY S.D. Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : DTZ / bronchite

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 : 23/12/2010

Signature de l'adhérent(e) : TB



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
26/11 2020	S		102 DH	<i>DR. Smaïl Médecin généraliste N°102 Lot Chabat 1, N°102 Fix: 05 22 03 45 8 / Tel: 05 22 03 45 8</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fabricleur <i>PHARMACIE D'ORSI LOT DERWA N°2001 05 22 51 51 90</i>	Date	Montant de la Facture
	26/11/2020	948,40 DH

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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 canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS				MONTANTS DES SOINS
DEBUT D'EXECUTION				DEBUT D'EXECUTION
FIN D'EXECUTION				FIN D'EXECUTION
CCEFFICIENT DES TRAVAUX				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B 00000000 00000000	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE
MONTANTS DES SOINS				MONTANTS DES SOINS
DATE DU DEVIS				DATE DU DEVIS
DATE DE L'EXECUTION				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr.Smail MALKI

/ Médecin général

Lauréat de la faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca.
Ancien Médecin interne à l'hôpital
Péphérique de Berrchid.



الدكتور إسماعيل المالكي

طبيب عام

خريج كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
طبيب داخلي سابق بالمستشفى الإقليمي
ببرشيد

ORDONNANCE

DEROUA, le : 12/11/2021

744,00

19,90

27,70

31

49,80

70,30

36,70

948,46

MAKAKY

DR. Smail MALKI
Medecin généraliste
Lot Chabab 1, N°102 - Tel: 05.22.03.43.28 / Deroua
Fax: 05.22.03.43.28 / Tel: 05.22.03.43.28

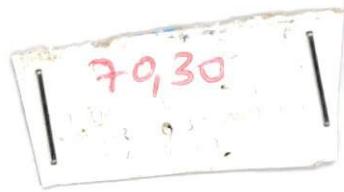
LOT 190900
EXP 05/2021
PPV 36.70DH

PHARMACIE MOK
LOT DERWA N° 20 ONA
05 22 51 51 90

Cardiospirine 100 mg/30cps
Acide acétysalicylique
P.P.V : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Al-Isbaa Casablanca
Lantus 100U/ml. inj. 50 stv
P.P.V : 744,00 DH
6 118001 081515



Metformine Win®

500 mg 850 mg 1000 mg

Chlorhydrate de metformine

Comprimé pelliculé

Voie orale

Veuillez 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 :

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

1. QU'EST-CE QUE Metformine Win, comprimé pelliculé ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISE ?

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.

acidocétose. L'acidocétose est une affection qui consiste à l'accumulation dans le sang de substances appelées « céttones » et qui peut provoquer un pré-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 de cétone.

- Si vous avez suite à une ou plusieurs fois de problèmes de lactique (voir ci-dessous)
- Si vous avez

des poumons ou des bronches, ou une infection des reins. Des infections sévères peuvent entraîner des problèmes de reins qui 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 l'un des cas ci-dessus s'applique à vous, parlez-en à votre médecin avant de commencer à prendre ce médicament.

Veuillez 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 :

LOT : 20E047
PER. : 06/2023

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30

P.P.V : 19QH90



6 118000 062141

compte
avez vomi
r des
d'acidose

ection

des

reins

des

infectio

nées

des

reins

des

infectio

nées