

# 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.



Déclaration de Maladie

N° W19-510887

ND: 29481

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : 5752

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

RIDADARAJAT

MUSTAPHA

Date de naissance :

1/1/1956

Adresse :

Tél. : 06 43082351

Total des frais engagés :

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Enfan

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 plconfidential à l'att médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

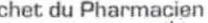
Signature de l'adhérent(e) :

## 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
14, 06 - 2020	c.	c.	G	INP : 7105114481 EL GUERMAI Najla Médecin de famille Centre de Santé de la Ménouba Signature : [Signature]

**Dr. EL GUERMAI Najla**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Dr. YOUSSEF SADEK</b> M'hamed El Aouaoui - Marsa <b>12008634</b>	14/04/2022	1531,83

~~DR. A. G. SCHADEK  
DR. T. N. MANDAL  
- 9008631~~

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### **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 canalaires, ainsi que le bilan d

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

# الدكتور إل جرماعي محمد نجيب

اختصاصي

أمراض الغدد الهرمونية

أمراض السكري

الأمراض الاستقلالية

خريج كلية الطب بنيس (فرنسا)

Docteur El Guermaï Mohamed Najib

Spécialiste

• ENDOCRINOLOGIE

• DIABETOLOGIE

• MALADIES METABOLIQUES

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nice

شارع الزرقطوني ( أمام سينما كوليزي ) مراكش 31

31,Bd Zerkouni ( en face du Cinéma Colisée ) Marrakech

الهاتف : 05 24 44 96 00

E-mail : nguermai@hotmail.com البريد الإلكتروني :

Marrakech, le : ٢٤-٤-٢٠٢٣

Mr RIDADARAJATE Mustapha D 680

60140 ♂

99010 ♂

17010 ♂

15311 ♂

- AMAREL 2 mg



1 cp/j à jeun

- GALVUS Met 50/1000

1 cp matin et soir  
Au milieu des repas



+ bandelettes de glycémie



asp 3 mois

DR. EL GUERMAÏ  
Endocrinologue - Diabetologue  
31, Boulevard Zerkouni - Marrakech  
Tél: 05 24 44 96 00

PHARMACIE AL QASRA  
Dr. El Guermaï - Nasser  
Tél: 05 24 44 96 00

Prière de téléphoner au secrétariat avant tout passage au cabinet.

# On-Call® Plus

## Blood Glucose Test Strips

**50**

180.00

For testing glucose in *whole blood*  
using the *On Call® Plus* and *On Call®*  
*EZ II* blood glucose meters.  
For self testing and professional use.

**Contents:**

50 Test Strips

Code Chip

Package Insert



IVD



35°C  
2°C

Σ  
50



CE 0123

©2017 ACON Laboratories, Inc.



6 82607 53521 7

### INFO PHARMA

10, Rue Boulmane Bourgogne  
Casablanca 20040 Morocco

Tel: + 212 5 22 22 34 07

+ 212 5 22 22 12 55

Fax: + 212 5 22 47 45 92

**أماريل®**

غليسييريد



30 قرصا

عن طريق الفم

Amarel 2mg

احترم المقادير المعينة  
**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS**

Uniquement sur ordonnance - TABLEAU A  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A

O

AMAREL 2MG  
CP B30

P.P.N : 60DH40



118000 060031

6

LOT : 19E001  
PER.: 06 2022



**sanofi-aventis Maroc**  
Route de Rabat - R.P. 1 - Ain Sebaâ  
20250 Casablanca

**أماريل®**

غليسييريد



30 قرصا

عن طريق الفم

Amarel 2mg

احترم المقادير المعينة  
**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**

Uniquement sur ordonnance - TABLEAU A  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A

O

AMAREL 2MG  
CP B30

P.P.N : 60DH40



118000 060031

LOT : 19E001

PER.: 06 2022



**sanofi-aventis Maroc**  
Route de Rabat - R.P. 1 - Ain Sebaâ  
20250 Casablanca

**أماريل®**  
غليسييريد



30 قرصا

عن طريق الفم

Amarel 2mg

احترم المقادير المعينة  
**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS**

Uniquement sur ordonnance - TABLEAU A  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A

O

AMAREL 2MG  
CP B30

P.P.V : 60DH40



LOT : 19E001

PER.: 06 2022



**sanofi-aventis Maroc**  
Route de Rabat - R.P. 1 - Ain Sebaâ  
20250 Casablanca



Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants  
Ne pas conserver au-dessus de 30°C  
et tenir à l'abri de l'humidité dans l'emballage original.  
Veuillez consulter la notice d'emballage.

Chaque comprimé contient 50 mg de vildagliptine et 1000 mg  
de chlorhydrate de metformine.

يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال  
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية  
يحفظ الدواء داخل العلبة بعيدا عن الرطوبة  
يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء  
يحتوي كل قرص مغلف على 50 ملг من فلديغليپتين و 1000 ملг من میتفورمین هیدروکلوراید  
اقرأ النشرة للمزيد من المعلومات

## RESPECTEZ LES DOSES PRESCRITES

### Liste I – Uniquement sur ordonnance

احترموا المقادير الموصوفة  
لائحة | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية



6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390.00 DH



Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants  
Ne pas conserver au-dessus de 30°C  
et tenir à l'abri de l'humidité dans l'emballage original.  
Veuillez consulter la notice d'emballage.

Chaque comprimé contient 50 mg de vildagliptine et 1000 mg  
de chlorhydrate de metformine.

يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال  
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية  
يحفظ الدواء داخل العلبة بعيدا عن الرطوبة  
يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء  
يحتوي كل قرص مغلف على 50 ملг من فلديغليپتين و 1000 ملг من میتفورمین هیدروکلوراید  
اقرأ النشرة للمزيد من المعلومات

## RESPECTEZ LES DOSES PRESCRITES

### Liste I – Uniquement sur ordonnance

احترموا المقادير الموصوفة  
لائحة | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية



6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390.00 DH



Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants

Ne pas conserver au-dessus de 30°C

et tenir à l'abri de l'humidité dans l'emballage original.

Veuillez consulter la notice d'emballage.

Chaque comprimé contient 50 mg de vildagliptine et 1000 mg  
de chlorhydrate de metformine.

يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية

يحفظ الدواء داخل العلبة بعيدا عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

يحتوي كل قرص مغلف على 50 ملг من فلديغليپтин و 1000 ملг من میتفورمین هیدروکلورید  
اقرأ النشرة للمزيد من المعلومات

## RESPECTEZ LES DOSES PRESCRITES

### Liste I – Uniquement sur ordonnance

احترموا المقادير الموصوفة

لائحة | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية



6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390.00 DH