

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 - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - G. Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 058305

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00350

Société : 2A 405

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Louzi Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0669902635

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

INP : 091019786

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : LOUZI Mohamed

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète + Neuropathie

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
05/03/21	C2	250 DH		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

05/03/21

2491,20

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé
des Honoraires

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 de l'odontologie.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																									
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D		B		00000000	00000000			35533411	11433553				
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	D		B																									
	00000000	00000000																										
	35533411	11433553																										
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																											

ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur. BENABBS TAARJI F.Z
Endocrinologue - Diabétologue

Spécialiste en Diabétologie - Cholestérol
 Traitement de l'Obésité - Maigreur
 Glande Thyroïde - Surrénales - Seins - Stérilité

Diplômée de l'Université René Descartes Paris V
 Sur Rendez-Vous



الدكتورة ف. ز. بن عباس الشعارجي

إختصاصية في أمراض الغدد - السكري
 السمسة و الهرمونات
 خريجة كلية الطب روني ديكارت بلادي
 بالموعد

ORDONNANCE

Casablanca, le : 05/03/2021

LOUZI MOHAMED

- Novomix 30 flexpen 100 u/ml
16 UT X 3 / J AVT REP AVT REP 3 MOIS
- Novonorm 2 mg
1 COMP X 2 / J AVT REP 3 MOIS
- STAGID
1 COMP X 3 / J AP REP 3 MOIS
- Bandeltes Glyc
2 GLYC / J 3 MOIS
- VITANEVRIL FORT
1 COMP X 3 / J AP REP 3 MOIS
- Vastarel 35 mg
1 COMP X2 / J AP REP 3 MOIS
- Civastine 20 mg
1 COMP LE SOIR AP REP 3 MOIS
- EXTRAMAG
1 COMP MATIN AP REP 3 MOIS



LOT 210036
EXP 01 2024
PPV 107.60
107,60

LOT 210036
EXP 01 2024
PPV 107.60
107,60

Verifine®

PEN NEEDLES



New **SuperStick**
technology for
pain-free injection



31Gx8mm





NovoNorm®

0,5 mg comprimés

1 mg comprimés

2 mg comprimés

Répaglinide

Composition qualitative et quantitative

NovoNorm® contient du répaglinide comme principe actif. Les autres composants sont mentionnés dans *Liste des excipients*.

Les comprimés de NovoNorm® sont ronds et bombés, gravés avec le logo de Novo Nordisk (taureau Apis).

Comprimé de 0,5 mg : blanc

Comprimé de 1 mg : jaune

Comprimé de 2 mg : couleur pêche

Indications thérapeutiques

Le répaglinide est indiqué dans le traitement du diabète sucré de type 2 de l'adulte, lorsque l'hyperglycémie ne peut plus être contrôlée de façon satisfaisante par le régime alimentaire, la perte de poids et l'exercice physique. Le répaglinide est aussi indiqué en association avec la metformine ou les thiazolidinediones chez les adultes atteints de diabète sucré de type 2 qui ne sont pas équilibrés de façon satisfaisante par le répaglinide seul, la metformine seule ou les thiazolidinediones seuls. Le traitement doit être initié en complément du régime alimentaire et de l'exercice physique afin de diminuer la glycémie en relation avec les repas.

Posologie et mode d'administration

Posologie

Le répaglinide doit être administré avant les repas, et sa posologie, adaptée individuellement afin d'optimiser le contrôle glycémique. En plus de l'autosurveillance du glucose sanguin et/ou urinaire par le patient, la glycémie doit être contrôlée périodiquement par le médecin afin de déterminer la dose minimale efficace pour le patient. Le taux d'hémoglobine glycosylée est aussi un indicateur dans le contrôle de la réponse du patient au traitement. Il est nécessaire d'effectuer des contrôles périodiques afin de détecter un effet hypoglycémiant insuffisant à la dose maximale recommandée (échec primaire) et pour détecter une réduction d'efficacité de la réponse hypoglycémiant après une période initiale d'efficacité (échec secondaire).

L'administration à court terme de répaglinide pourra se révéler suffisante en cas de déséquilibre glycémique transitoire chez les patients présentant un diabète de type 2 qui réagissent habituellement bien au régime alimentaire.

Dose initiale

La posologie doit être déterminée par le médecin, en fonction des besoins du patient. La dose initiale recommandée est de 0,5 mg. On attendra une ou deux semaines avant de procéder à l'adaptation éventuelle de la dose (selon la réponse glycémique). Pour les patients précédemment traités par un autre antidiabétique oral, la dose initiale recommandée est de 1 mg.

Maintenance

La dose unitaire maximale recommandée est de 4 mg, à

Lorsqu'un patient stabilisé par un antidiabétique oral quelconque subit un stress de type fièvre, traumatisme, infection ou intervention chirurgicale, un déséquilibre glycémique peut survenir. Dans ces cas, il pourra être nécessaire d'interrompre la prise de répaglinide et d'administrer temporairement de l'insuline.

Hypoglycémie

Le répaglinide peut, comme les autres insulino-sécrétagogues, est susceptible d'induire une hypoglycémie.

Association avec des insulino-sécrétagogues

L'effet hypoglycémiant des ADOs finit par s'atténuer avec le temps chez de nombreux patients. Ceci peut être dû à une aggravation du diabète ou à une diminution de la réponse au médicament. Ce phénomène est appelé échec secondaire, pour le distinguer de l'échec primaire, où le produit est inefficace dès sa première utilisation chez un patient donné. Avant de classer

NovoNorm®

2mg

90 comprimés

PPV: 196 DH 50



6 118001 120376

les autres patients par le symptôme d'association avec de l'insuline NPH ou des thiazolidinediones ont été menés. Cependant, le profil bénéfices-risques reste à établir lorsque l'on compare à d'autres traitements d'association.

Association avec la metformine

Le traitement d'association avec la metformine est associé à un risque accru d'hypoglycémie.

Utilisation concomitante

Le répaglinide doit être utilisé avec prudence ou être évité chez les patients recevant des médicaments qui influencent le métabolisme du répaglinide (voir rubrique *Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions*). Si une utilisation concomitante est nécessaire, une surveillance étroite de la glycémie et une surveillance clinique étroite doivent être assurées.

Syndrome coronarien aigu

L'utilisation de répaglinide pourrait être associée à une incidence accrue du syndrome coronarien aigu (par ex. infarctus du myocarde).

Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions*

Un certain nombre de substances sont connues pour interagir avec la clairance du répaglinide. Les interactions possibles doivent donc toujours être prises en compte par le médecin. Les études *in vitro* montrent que le répaglinide est métabolisé principalement par le CYP2C8, mais également par le CYP3A4. Les données cliniques chez des volontaires sains confirment le fait que le 2C8 est la principale enzyme impliquée dans le métabolisme du répaglinide, le 3A4 jouant un rôle mineur, mais la contribution relative du 3A4 peut néanmoins augmenter si le 2C8 est inhibé. Par conséquent, le métabolisme, et donc la clairance du répaglinide, peuvent être modifiés par les substances inductrices ou inhibitrices des cytochromes P450. Un suivi particulier devra être entrepris lorsque des inhibiteurs du 2C8 et du 3A4 sont administrés simultanément avec le répaglinide. Les données cliniques *in vitro* montrent que le répaglinide

○
8 - 1 - 7 - 8 - 5 - 7 - 3 - 2 - 1 0 - 1
sibilité
régime
inct avec
paglinide
is n'a pas
agedom)

Customer Care/Service client/Servizio
Clienti/Línea de Atención Personal
Serviço de Apoio a Clientes/Kundenservice:
UK 0800 121 200
Republic of Ireland 1800 535 676
Spain/España 900 100 228
Portugal 800 201 203 (chamada gratuita)
Horário de funcionamento: de 2ª a 6ª das
09:00 às 18:00.
Italy/Italia 800 822000
France 0 800 459 459
Germany/Deutschland 0800 70 77 007
Austria/Österreich 0800 244 245
Switzerland/Schweiz/Suisse
Svizzera 0800 850 905

ONETOUCH® Comfort™



Our Least Painful Lancets
Nos lancettes les moins douloureuses
Le nostre lancette più indolori
Nuestras lancetas más indoloras
As nossas lancetas mais indolores
Unsere schmerzärmste Lanzette

0,20mm / 33G



120,00

On-Call Vivid

Blood Glucose Test Strips

50

180,00

For testing glucose in whole blood using the On-Call® Vivid Blood Glucose meters. For self testing and professional use. Only for use outside the body.

Contents:

- 50 Test Strips
- Package Insert



50

IVD



0123

© 2020 ACON Laboratories, Inc.



6 82607155622 9

1130496201

On-Call Vivid

Blood Glucose Test Strips

REF G135-102

MODEL OGS-101

LOT 891242

2022-07-15

On-Call Vivid

Blood Glucose Test Strips

English

Blood Glucose Test Strips

For testing glucose in whole blood using the On-Call® Vivid Blood Glucose meters.

For self testing and professional use.

Only for use outside the body.

Contents:

- 50 Test Strips
- Package Insert

Español

Tiras de Examen para Prueba de Glucosa en Sangre

Para la prueba de sangre total utilizando el medidor de glucosa en sangre On-Call® Vivid.

Para auto-examen y uso profesional.

Para usar únicamente fuera del cuerpo.

Contenido:

- 50 Tiras de Examen
- Instrucciones de Uso

REMBOURSE
par la
MUTUELLE

Français

Bandelettes de Test Glycémie

Pour mesurer la glycémie dans le sang entier en utilisant les glucomètres On-Call® Vivid.

A usage individuel et professionnel.

Uniquement pour usage en dehors du corps.

Contenu:

- 50 Bandelettes
- Mode d'Emploi

Português

Tiras de Teste de Glicose no Sangue

Para teste de glicose em sangue total utilizando o medidor de glicose no sangue On-Call® Vivid.

Para auto-exame e uso profissional.

Apenas para utilização fora do corpo.

Conteúdo:

- 50 Tiras de Teste
- Instruções para Uso

On-Call Vivid

Blood Glucose Test Strips

REF G135-102

MODEL OGS-101



ACON Laboratories, Inc.
5850 Oberlin Drive, #340
San Diego, CA 92121, USA
www.aconlabs.com

EC REF

MOSS GmbH
Schiffgraben 41
30175 Hannover, Germany

On-Call Vivid

Blood Glucose Test Strips

50

180,00

For testing glucose in whole blood using the On-Call® Vivid Blood Glucose meters. For self testing and professional use. Only for use outside the body.

Contents:

- 50 Test Strips
- Package Insert



50

IVD



0123

© 2020 ACON Laboratories, Inc.



6 82607155622 9

1130496201

On-Call Vivid

Blood Glucose Test Strips

REF G135-102

MODEL OGS-101

LOT 891242

2022-07-15

On-Call Vivid

Blood Glucose Test Strips

English

Blood Glucose Test Strips

For testing glucose in whole blood using the On-Call® Vivid Blood Glucose meters.

For self testing and professional use.

Only for use outside the body.

Contents:

- 50 Test Strips
- Package Insert

Español

Tiras de Examen para Prueba de Glucosa en Sangre

Para la prueba de sangre total utilizando el medidor de glucosa en sangre On-Call® Vivid.

Para auto-examen y uso profesional.

Para usar únicamente fuera del cuerpo.

Contenido:

- 50 Tiras de Examen
- Instrucciones de Uso

REMBOURSE
par la
MUTUELLE

Français

Bandelettes de Test Glycémie

Pour mesurer la glycémie dans le sang entier en utilisant les glucomètres On-Call® Vivid.

A usage individuel et professionnel.

Uniquement pour usage en dehors du corps.

Contenu:

- 50 Bandelettes
- Mode d'Emploi

Português

Tiras de Teste de Glicose no Sangue

Para teste de glicose em sangue total utilizando o medidor de glicose no sangue On-Call® Vivid.

Para auto-exame e uso profissional.

Apenas para utilização fora do corpo.

Conteúdo:

- 50 Tiras de Teste
- Instruções para Uso

On-Call Vivid

Blood Glucose Test Strips

REF G135-102

MODEL OGS-101



ACON Laboratories, Inc.
5850 Oberlin Drive, #340
San Diego, CA 92121, USA
www.aconlabs.com

EC REF

MOSS GmbH
Schiffgraben 41
30175 Hannover, Germany

PHARMACIE NAIMA

124. bd. Sidi Abderrahmane Derb Elhouria
Bloc 211 Hy Hassani Casablanca



DR. CHRAIBI NAIMA EP. SAAIDI

Docteur en pharmacie
université de MONTPELLIER
FRANCE

R.C : 171496

T.V.A :

Banque:

Tél : 022.9031.00

Patente: 35003900

C.N.S.S: 1044081

Le 05/03/2021

FACTURE N°495643

Pharmacie NAIMA
ICE: 001596576000024

MR LOUZI MOHAMED

Désignation	Quantité	PPM	Total
INSUL NOVOMIX FLEXPEN 30 /5CAR	2	559,00	1 118,00
NOVONORM 2MG 90CP	2	196,50	393,00
STAGID 700 MG 100 CPS	2	107,60	215,20
ON CALL VIVID	2	180,00	360,00
EXTRAMAG 30CP	1	95,00	95,00
ON CALL VIVID	1	120,00	120,00
AIGUILLES NOVOFINE 30G BT/100	1	190,00	190,00
Total =			2 491,20



Arrêté la présente facture à la somme de :
Deux Mille Quatre Cent Quatre-vingt-onze Dirhams et 20 centimes.