

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

Secteur général :

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.

Biologie 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.

Education :

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème 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° P19-0049107

Optique *(Pli
couvert)* Autres

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4138 Société : (140176)

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Senhaji Chahid Abderazak

Date de naissance : 01-01-1958

Adresse : Rue RAHAL BEN ATTALI n°32 Tanger.

Tél. : 0668.56.54.92 Total des frais engagés : 437,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Lemmamri Zohra Age : 1969

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabetis

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 : Tanger

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 15/03/2022

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-049107

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/03/22	43700

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	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS				
DEBUT D'EXECUTION				
FIN D'EXECUTION				
COEFFICIENT DES TRAVAUX				
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				

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



PHARMACIE ZEM ZEM

Quatier bourabaat 134 bir chifa 140 B



R.C :

Patente: 571077101

T.V.A :

Tél : +212 5 39 31 00 2

Le 15/03/2022

FACTURE N°124158

N° ICE : 001556585000074

N° IF :

INPE: 162087936

ZEMMOURI ZOHRA

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	JANUMET 50/1000MGCO	437,00	437,00	28,59	7,00



TOTAL T.T.C :

437,00

Nbr Articles	TVA 7% Base :	437,00	Montant:	28,59	TVA 20% Base :		Montant
--------------	---------------	--------	----------	-------	----------------	--	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :

Quatre Cent Trente Sept Dirhams.

FR

Notice : information du patient

**Janumet® 50 mg/850 mg et
Janumet® 50 mg/1000 mg,
comprimés pelliculés
sitagliptine/chlorhydrate de metformine**

Veuillez lire attentivement 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, votre pharmacien ou votre infirmier/ère.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres

Enfants et adolescents

Les enfants et adolescents âgés de moins de 18 ans ne doivent pas utiliser ce médicament. Il n'est pas efficace chez les enfants et adolescents âgés de 10 ans à 17 ans. L'efficacité et la sécurité d'emploi de ce médicament ne sont pas connues chez les enfants de moins de 10 ans.

Autres médicaments et Janumet

Si vous devez recevoir une injection d'un produit de contraste contenant de l'iode, par exemple, pour une radiographie ou un scanner, vous devez arrêter de prendre Janumet avant ou au moment de l'injection. Votre médecin décidera du moment où vous devrez arrêter et reprendre la prise de votre traitement par Janumet.

Informez votre médecin si vous prenez, avez récemment pris ou pourriez prendre tout autre médicament. Vous devrez peut-être passer plus fréquemment des tests de la glycémie ou de la fonction rénale ou votre médecin devra peut-être ajuster la posologie de Janumet. Il est particulièrement important de signaler les médicaments suivants :

AR

نشرة: معلومات للمريض

جانوميت® 50 ملجم و 850 ملجم و جانوميت® 50 ملجم / 1000 ملجم، أقراص مغلفة

سيتاجليبيين/ميتفورمين هيدروكلوريد

اقرأ هذه النشرة بعناية قبل البدء بتناول هذا الدواء لأنها تحتوي على معلومات هامة بالنسبة لك.

- احتفظ بهذه النشرة، فقد تحتاج لقرائتها مرة أخرى.

- إذا كانت لديك استفسارات إضافية، فالرجاء الإتصال بطبيبك ، الصيدلي أو

الممرض (ة).

تحذير: هذا الدواء يرشح بأفلام معلبة اش. اي لانه قد يذوب، حتى لو كانت

- بعض الأدوية المستعملة لعلاج الريبو (β -sympathomimétiques) مستحضرات الصيغة الودية أو الأدوية التي تحتوي على الكحول
- بعض الأدوية المستعملة لعلاج اضطرابات المعدة مثل السيميتدين؛ رانولازين، دواء يستخدم لعلاج الذبحة الصدرية.
- دولوتيرافير، دواء يستخدم لعلاج عدوى فيروس نقص المناعة البشرية فونديتايب، دواء يستخدم لعلاج نوع من أنواع سرطان الغدة الدرقية (سرطان الغدة الدرقية النخاعي).
- الديجوكيسين (لعلاج عدم انتظام ضربات القلب ومشاكل القلب أخرى). مراجعة مستوى الديجوكيسين في الدم قد يكون ضروريًا عندما يقترب جانوميت

جانوميت و الكحول

تجنب شرب الكحول خلال فترة العلاج بجانوميت لأن ذلك قد تزيد من خطر الحموض اللاكتيك (يرجى الرجوع إلى الفقرة "تحذيرات واحتياطات").

الحمل والرضاعة

إذا كنت حامل أو ترضعين أو تعتقد انك حامل أو تتوبي الحمل ، يجب استشارة طبيبك أو