

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **00862**

Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : **HAFDIT ECH MASTAF**

Date de naissance :

Adresse :

Tél : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**IND: 091019786**

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **SALIH A.S. maladie**

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **Dialcte**

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) :



RELEVE			FRAIS ET HONORAIRES	
Dates des Actes	Natures des Actes	Nom et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
21.10.2020	C 2		300 DH	DR. BENABEES T. A. M. Endocrinologie - 10, rue d'Azemz - 20100 Ang. 100m. - immunal 1 - Télé. 0522 93 11 11

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE Marché Lyon - France - Tél. 05 22 94 61 49</i>	21/10/22	2261,40

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		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																				
		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>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H		G		25533412	00000000	21433552	00000000					D		B		00000000	35533411	00000000	11433553
	H		G																					
	25533412	00000000	21433552	00000000																				
	D		B																					
	00000000	35533411	00000000	11433553																				
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																							
		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. BENABBES 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. زين عباس التمارجي

إختصاصية في أمراض الغدد - السكري

السمنة والهرمونات

خريجة كلية الطب روني ديكارت بباريس

بالموعد

## ORDONNANCE

SALIM ASmehane

Casablanca, le 21/10/22

744.00

Lantus 2000 U/ml

3 Ml/les

68.80 x 3

22 U le 2 euse

Amarel 400 U/ml

up week after

437.00 x 3

Janumet 250 mg

up - day  
up - day

2261.40

PHARMACIE HAY EL HASSANI  
N° 1111  
Marché El Hassani  
Casablanca - Tel : 0522 34 67 49

Dr. BENABBES TAARJI F.Z  
Endocrinologue - Diabétologue  
Route d'Azemmour 1<sup>er</sup> étage  
Immeuble communal 1<sup>er</sup> étage  
Casablanca Tel : 0522 93 31 49

Angle Route d'Azemmour & Bd. Sidi Abderrahmane, Immeuble Communal 1<sup>er</sup> Etage (à gauche)  
Hay Hassani - Casablanca

Tél.: 0522 93 31 49 - GSM (Urgence) : 0522 90 07 85 / 0661 08 15 48 - E-mail : drbenabbes@hotmail.fr

**Notice :  
Information pour l'utilisateur**



**100 unités/ml**

**solution injectable en stylo p**

insuline glargin

**sanofi-aventis Maroc**

Route de Rabat R.P.1-

Ain Sebaâ 20250 Casablanca

LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5

P.P.V. : 744DH00



6 118001 081615

**Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous. Veuillez également lire le mode d'emploi de Lantus SoloStar, stylo prérempli, avant d'utiliser ce médicament.**

- 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 personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

<MAT>542989



Adressez-vous à votre ou à votre infirmier/...  
pectez attentivement le...  
le...  
lyses de sang et de...  
activité physique et...  
technique d'injection...  
otre glycémie est...  
ez les conseils en...  
l'encadré à la fin de...

**Voyages**

Avant de partir en voyage, pour vous informer sur :

- disponibilité de votre médicament dans les pays où vous allez,
- fourniture d'insuline et de matériel nécessaire au voyage,
- conservation adéquate de l'insuline et de la glycémie pendant le voyage,
- horaire des repas et de la prise d'insuline pendant le voyage,
- effets possibles du changement d'heure et de l'horaire,
- nouveaux risques éventuels de hypoglycémie dans les pays visités,
- ce que vous devez faire en cas d'urgence lorsque vous êtes malade.

**Maladies et blessures**

Dans les situations d'urgence ou de crise de votre diabète peut être nécessaire de prendre des précautions (par exemple, de ne pas prendre d'insuline, les analyses de glycémie, etc.).

- Si vous êtes malade ou avez une crise importante, votre glycémie peut être élevée (hyperglycémie).
- Si vous ne vous nourrissez pas, votre glycémie peut être basse (hypoglycémie).

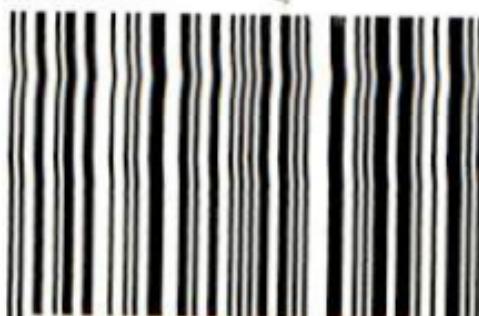






Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.

P.P.V: 437,00 DH.



6 118001 160495

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.

P.P.V: 437,00 DH.



6 118001 160495

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.

P.P.V: 437,00 DH.



6 118001 160495