

# 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.



140968

per  
com

Déclaration de Maladie : N° P19- 0018700

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4138 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : SENHATI Abderrahmane Date de naissance : 01.01.58  
 Adresse : 32 Rue Rahal Ben Ahmed Tangier  
 Tél. : 0668.565492 Total des frais engagés : 437.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....  
 Nom et prénom du malade : ZEMMOURI ZOHRA Age : 1966  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : D.B.T.  
 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 : 06.12 Tangier

Le : 06 / 12 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 0018700

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 :

## 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



### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

06.12.20

437

437

### 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      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.

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

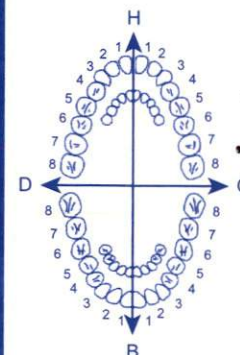
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

#### SOINS DENTAIRES

Dents Traitées      Nature des Soins      Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

#### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

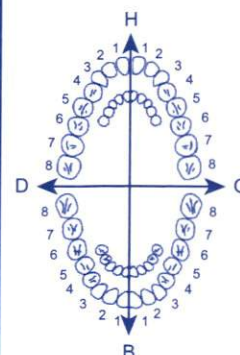
MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

#### (Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# PHARMACIE PASTEUR

3, Place de France -TANGER-

R.C :

Patente:50413621

T.V.A :81322320

Banque:ATTIJARI BANK

Tél :0539932422

Le 06/12/2022

**FACTURE N°949148**

N° ICE : 001750882000009

N° IF : 81322320

**ZEMMOURI ZOHRA**

Qté	Désignation	PPV Brut Unitaire	% Remise	PPV NET Remisé	Total BRUT	Total REMISE	Total NET TTC	Dont TVA	% Taux
1	JANUMET 50-1000MG / 56CP	437,00	0,00	437,00	437,00		437,00		
REMISE GLOBALE :		BRUT TTC	437,00	- Remise	0,00	= NET TTC	437,00		

Pharmacie Pasteur  
N°IF 16204375  
Mme ZEMMOURI ZOHRA  
Place de France Tanger  
E: 00175088  
T: 05 39 93 24 22

Nombre d'Articles : 1

TVA 7% Base :

Montant :

TVA 20% Base :

Montant

**Arrêté la présente facture à la somme de :  
Quatre Cent Trente Sept Dirhams.**



# 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 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, votre pharmacien ou votre infirmier/ère. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

## Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que Janumet et dans quel cas est-il utilisé
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre Janumet
3. Comment prendre Janumet
4. Quels sont les effets indésirables éventuels
5. Comment conserver Janumet
6. Contenu de l'emballage et autres informations

## Enfants et adolescents

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

## Autres médicaments et Janumet

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

Informez votre médecin si vous prenez, ou avez récemment pris, tout autre médicament. Vous devrez peut-être modifier la dose de la glycémie ou de la fonction rénale. Votre médecin vous indiquera la posologie de Janumet. Il est particulièrement important de connaître les médicaments suivants :

- les médicaments (administrés oralement ou par injection) pour traiter les maladies accompagnées de douleurs articulaires et l'arthrite (corticoïdes)
- les médicaments qui augmentent la production d'acide gastrique
- des médicaments utilisés pour traiter les douleurs musculaires et les inhibiteurs de la COX-2, tels que le célécoxib, l'émométhane, le rofécoxib, le valdécoxib, le xélecoxib
- certains médicaments utilisés pour traiter l'hypertension artérielle, l'ECA et antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II
- certains médicaments utilisés pour traiter les troubles du rythme cardiaque (β-sympathomimétiques)
- les produits de contraste à base d'iode
- certains médicaments utilisés pour traiter les troubles du rythme cardiaque (cimétidine)
- la ranolazine, un médicament utilisé pour traiter les douleurs cardiaques
- le dolutégravir, un médicament utilisé pour traiter le VIH

## 1. Qu'est-ce que Janumet et dans quel cas est-il utilisé

Janumet est un médicament différent appelé sitagliptine et metformine.