

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



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

Déclaration de Maladie

N° M21- 071421

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11463 Société : Royal Air Maroc
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : DAHBI Kamel
 Date de naissance : 14-07-1975
 Adresse : imn 21 Apt 06 Casablanca 20000
 Tél. : 0661756475 Total des frais engagés : #2042, v. # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/11/2023
 Nom et prénom du malade : DAHBI Kamel Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète
 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 : Casablanca Le : 14/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
10/11/23			300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/11/23	1142,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

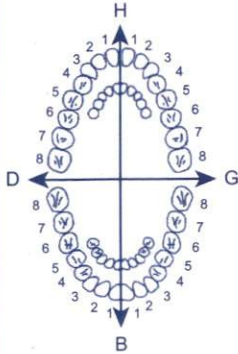
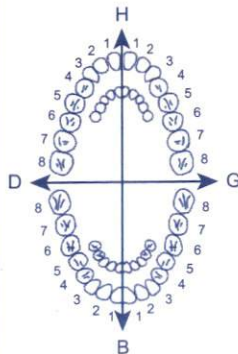
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	10/11/23					600,00

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 canaux, 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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
				MONTANTS DES SOINS														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Otman TAZI

Ancien Médecin Interne des Hôpitaux de Toulouse-France au Service

d'Endocrinologie et Maladies Métaboliques

Diplôme en Pathologie Hypothalamo Hypophysaire

Diplôme en Diabétologie

Diplôme en Nutrition Appliquée

Capacité de Traitement par Pompe à Insuline

Diplôme en Echographie

Holter Glycemique



Casablanca le, 10/11/2023

22 571,00

Mr DAHBI Kamal

NovoRapid Flexpen

8 ui - 8 ui - 8 ui



LANTUS Solostar

20 ui le soir

Bandelettes

3 contrôles par jour

Traitement pour 03 mois

100,00 x 6
600,00

Docteur Otman TAZI
Endocrinologie - Diabétologie
293 Bd. Abdelmoumen, Imm Marjana, Casablanca
Tél : 05 22 86 56 34 / 05 22 86 56 34



PARA SAMLALI
48, Rue Oued Majouiya
Lotissement Bourahel Berrechid
Tél: 0522.32.61.19

NovoRapid® FlexPen®

100 U/ml,
Solution injectable en stylo prérempli

Insuline asparte

Veuillez lire attentivement cette notice 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 infirmier/ère ou votre pharmacien.
- 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 un quelconque effet indésirable devient sérieux ou si vous ressentez tout effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin, votre infirmier/ère ou votre pharmacien.

1. Qu'est-ce que NovoRapid® et dans quel cas est-il utilisé ?

NovoRapid® est une insuline moderne (analogue de l'insuline) d'action rapide. Les insulines modernes sont des versions améliorées de l'insuline humaine.

NovoRapid® est utilisé pour le traitement du diabète chez les adultes, les adolescents et les enfants à partir de 1 an. Le diabète est une maladie au cours de laquelle votre organisme ne produit pas assez d'insuline pour contrôler votre taux de sucre dans le sang.

NovoRapid® commence à faire baisser votre taux de sucre dans le sang 10 à 20 minutes après l'injection, son effet maximum apparaît 1 à 3 heures après l'injection et l'effet dure de 3 à 5 heures. En raison de sa courte durée d'action, NovoRapid® doit normalement être associé à des insulines d'action intermédiaire ou d'action prolongée. De plus, NovoRapid® peut être utilisé par perfusion continue à l'aide d'une pompe.

2. Quelles sont les informations à

qu'ur
la pe
jecte
men
Novo
chan
cin s
avan
méd
plus
médicaments antidiabétiques

8-9670-73-270-2

NovoRapid® FlexPen®
100 U/ml
Solution injectable
5 stylos pré-remplis de 3 ml
PPV : 571,00 DHS



Autres médicaments

Certains médicaments impactent la façon avec laquelle le glucose agit sur votre corps, ce qui peut influencer votre dose d'insuline. Les principaux médicaments susceptibles de modifier votre traitement à l'insuline sont indiqués ci-dessous. Informez votre médecin, votre infirmier/ère ou votre pharmacien si vous prenez, avez récemment pris des médicaments, y compris ceux obtenus sans prescription. En particulier, vous devriez aviser votre médecin si vous prenez l'un des médicaments énumérés ci-dessous qui peuvent avoir un impact sur votre taux de glycémie.

Votre taux de sucre dans le sang peut diminuer (hypoglycémie) si vous prenez :

Antidiabétiques oraux, Inhibiteurs de la monoamine-oxydase (IMAO), Bêta-bloquants, Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC), Salicylés, Stéroïdes anabolisants, Sulfamides.

Votre taux de sucre dans le sang peut augmenter (hyperglycémie) si vous prenez :

Contraceptifs oraux, Thiazidiques, Glucocorticoïdes, Hormones thyroïdiennes, Sympathomimétiques, Hormone de croissance, Danazol.

L'ocréotide et le lanréotide peuvent augmenter ou diminuer votre taux de sucre dans le sang.

Les bêta-bloquants peuvent atténuer ou supprimer entièrement les premiers symptômes annonciateurs qui vous aident à recon-

des grosseurs sous-ment si vous l'i
s, un amincisse-
omment utiliser
; remarquez des
tactez votre méd
ces zones affectée
e zone. Votre
tre glycémie de
celle de vos autres

NovoRapid® FlexPen®

100 U/ml,
Solution injectable en stylo prérempli

Insuline asparte

Veuillez lire attentivement cette notice 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 infirmier/ère ou votre pharmacien.
- 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 un quelconque effet indésirable devient sérieux ou si vous ressentez tout effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin, votre infirmier/ère ou votre pharmacien.

1. Qu'est-ce que NovoRapid® et dans quel cas est-il utilisé ?

NovoRapid® est une insuline moderne (analogue de l'insuline) d'action rapide. Les insulines modernes sont des versions améliorées de l'insuline humaine.

NovoRapid® est utilisé pour le traitement du diabète chez les adultes, les adolescents et les enfants à partir de 1 an. Le diabète est une maladie au cours de laquelle votre organisme ne produit pas assez d'insuline pour contrôler votre taux de sucre dans le sang.

NovoRapid® commence à faire baisser votre taux de sucre dans le sang 10 à 20 minutes après l'injection, son effet maximum apparaît 1 à 3 heures après l'injection et l'effet dure de 3 à 5 heures. En raison de sa courte durée d'action, NovoRapid® doit normalement être associé à des insulines d'action intermédiaire ou d'action prolongée. De plus, NovoRapid® peut être utilisé par perfusion continue à l'aide d'une pompe.

2. Quelles sont les informations à

qu'ur
la pe
jecte
men
Novo
chan
cin s
avan
méd
plus
médicaments antidiabétiques

8-9670-73-270-2

NovoRapid® FlexPen®
100 U/ml
Solution injectable
5 stylos pré-remplis de 3 ml
PPV : 571,00 DHS



Autres médicaments

Certains médicaments impactent la façon avec laquelle le glucose agit sur votre corps, ce qui peut influencer votre dose d'insuline. Les principaux médicaments susceptibles de modifier votre traitement à l'insuline sont indiqués ci-dessous. Informez votre médecin, votre infirmier/ère ou votre pharmacien si vous prenez, avez récemment pris des médicaments, y compris ceux obtenus sans prescription. En particulier, vous devriez aviser votre médecin si vous prenez l'un des médicaments énumérés ci-dessous qui peuvent avoir un impact sur votre taux de glycémie.

Votre taux de sucre dans le sang peut diminuer (hypoglycémie) si vous prenez :

Antidiabétiques oraux, Inhibiteurs de la monoamine-oxydase (IMAO), Bêta-bloquants, Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC), Salicylés, Stéroïdes anabolisants, Sulfamides.

Votre taux de sucre dans le sang peut augmenter (hyperglycémie) si vous prenez :

Contraceptifs oraux, Thiazidiques, Glucocorticoïdes, Hormones thyroïdiennes, Sympathomimétiques, Hormone de croissance, Danazol.

L'ocréotide et le lanréotide peuvent augmenter ou diminuer votre taux de sucre dans le sang.

Les bêta-bloquants peuvent atténuer ou supprimer entièrement les premiers symptômes annonciateurs qui vous aident à recon-

des grosseurs sous-ment si vous l'i
s, un amincisse-
omment utiliser
; remarquez des
tactez votre méd
ces zones affectée
e zone. Votre
tre glycémie de
celle de vos autres



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



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



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



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



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



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

Sté PARA SAMLALI

Parapharmacie & produits cosmétiques

ICE :000091962000032

CLIENT : DAHBI KAMAL

10/11/2023

FACTURE : 192/2023

Désignation	Qté	P.U	Total
BANDELETTES	6	100.00	600.00

Montant TTC : 600.00

Dont TVA 20% : 100.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : six cent dhs

PARA SAMLALI
48, Rue Oued Malwiya
Lotissement Bourahal Berrechid
Tél: 0522.32.61.19