

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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.

## 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.

## Maladie chronique :

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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0038247

CA

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2617

Société : RAM

☒ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAJIA MOHAMED

Date de naissance : 02/11/1956

Adresse : HABITUELLE

Tél : 0670274025

Total des frais engagés : - 998

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : CHRONIQUE

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 : 02/12/2019



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

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>صيدلية العلي</b> <b>PHARMACIE ALJ</b> ALJ M. Abdelilah 279 Bd Abdoumoumen Coudia Tel. 02 46 06 54		

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

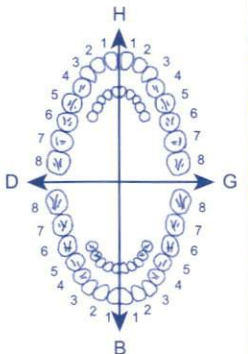
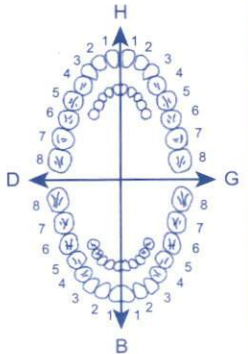
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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

SOINS DENTAIRES	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"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		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"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## PHARMACIE ALJ

**ALJ Mohamed Abdelilah**

Université Paul Sabatier Toulouse

279. Bd Abdelmoumen

Casablanca 20100

**☎ 05.22.86.06.54**



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Co-aprovel 300mg/12,5mg  
B28  
P.P.V : 239,00 DH  
  
6 118001 081035

Casablanca le : 02/12/2019

Mrs. CHAJIA MOHAMEJ. Doit

Médicaments	Quantité	Prix. U.	Total
Amlor plus	02	246,00	492,00
Co Aprovel 300/12,5	01	239,00	239,00
Diamicon	02	89,00	178,00
Cardix 25	01	89,00	89,00
			<hr/> 998,00

صيدلية الحاج

PHARMACIE ALJ

ALJ Md. Abdelilah

279 Bd. Abdelmoumen Cusa

Tel 022 35 06 54



# DIAMICRON® 30 mg

Gliclazide

**Veuillez lire  
prendre ce n**

- Gardez cett
- Si vous ave
- d'information
- Ce médicam
- à d'autres pers
- maladie sont iden
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez en à votre mé-  
decin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable  
qui ne serait pas mentionné dans cette notice (Cf. « Effets indésirables »).

Ne pas utilisé c'est ouvert

**QUE C**

1. Qu'e  
cas est-

2. Quella  
comprim

3. Comment prendre Diamicron 30 mg, comprimé à libération modifiée ?

4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?

5. Comment prendre Diamicron 30 mg, comprimé à libération modifiée ?

6. Co

Ne pas utilisé c'est ouvert

**1. QU**

**DANS**

Classe  
ATC: A

DIAMIC  
le taux

fonyluréas.

DIAMICRON 30 mg, comprimé à libération modifiée est indiqué dans certaines formes de diabète (diabète de type 2 non insulino-dépendant) chez l'adulte, lorsque le régime alimentaire, l'exercice physique et la perte de poids seuls ne sont pas suffisants pour

**2. QUELLES S**

**DIAMICRON S**

**Ne prenez jan**

• si vous êtes a

DIAMICRON 30

ou à d'autres r

• si vous avez

• si vous avez

que vous avez

• si vous souffre

• si vous prenez

(Cf. « Autre médicament

• si vous allaitez (Cf. « Grossesse, Allaitement et fertilité »).

**Avertissements et précautions**

Adressez-vous à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre Diamicron

30 mg, comprimé à libération modifiée.

Vous devez respecter le traitement prescrit par votre médecin pour atteindre une gly-

cémie normale. Cela signifie qu'à part la prise régulière du traitement, vous respectez

un régime alimentaire, faites de l'exercice physique et, quand cela est nécessaire,

perdez du poids.

Durant le traitement par gliclazide, un contrôle régulier de votre taux de sucre dans le

sang (et éventuellement dans les urines), et également de votre hémoglobine glyquée

(HbA1c), est nécessaire.

Dans les premières semaines de traitement, le risque d'hypoglycémie (faible taux de

sucre dans le sang) peut être augmenté. Dans ce cas, un contrôle médical rigoureux

est nécessaire.

Une hypoglycémie (baisse du taux de sucre dans le sang) peut survenir :

• si vous prenez vos repas de manière irrégulière ou si vous sautez un repas,

• si vous jeûnez,

• si vous êtes malnutri,

• si vous changez de régime alimentaire,

• si vous augmentez votre activité physique et que votre apport en hydrates de car-

bone ne compense pas cette augmentation,

89,00

246  
08/2021  
AP4657

246  
08/2021  
AP4657

89,00

de

us

pas

leur

S quel

0 mg,

FIÉE ET

e, code

ai réduit

des sul-

ENDRE

us dans

urées),

signifier

étiques ;

iconazole)

modifiée»),