

# 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.

N° W21-780039

Par l'ouvrage

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	1537	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : HOUBAN MOHAMED			
Date de naissance : 16.06.50			
Adresse : B.D. TAKA HOUSSIN, RUE 61 N°3 NADOR			
Tél. : 0661089117 Total des frais engagés : # 287,20 Dhs			

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Dr Hassan ROSIO Médecine Générale Av F.A.R. Rue Moscou N°4 Nador Tel 0536 60 00 32			
Date de consultation : 06 MAI 2023			
Nom et prénom du malade : HOUBAN MOHAMED 71 ANS			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Etrose Véicale + hypertension			
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 : NADOR Le : 06.05.2023  
Signature de l'adhérent(e) :

Houby

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
16 MAI 2023	Opérations	1 (Un)	(200) dt.	INP : 081092169 Dr Hassan ROBIO Médecine Générale 548 Rue Moscou N°4 Nade 00 00 32

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie Bao</i> Bd. Taha Ncibi - 9065 - NADOR Tel: 05.36.60.55.44 082013558 - Tel: 05.36.60.55.44	6.05.23	8720

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																											INP : <input type="text"/>		
		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>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b>  <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>          Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																			
		H	25533412	21433552																																													
		D	00000000	00000000																																													
		B	00000000	00000000																																													
		G	35533411	11433553																																													
		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																																															

Docteur Hassan ROBIO

Médecin Général

Diplôme d'Echographie

Diplôme d'expertisé & Réparation du dommage Corporel

Ex- Médecin à l'hôpital AL HASSANI - NADOR

Vite médicale pour obtention du permis de conduire

الدكتور الحسن روبيو

الطب العام

دبلوم الفحص بالصدى

دبلوم الخبرة الطبية وتقدير الأضرار الجسدية

طبيب سابق بالمستشفى الحسني بالفاظور

الفحص الطبي لنيل رخصة السيارة

Nador le : 06 MAI 2023

Hassan  
Noureddine

Hemofast pte  
1960 2x5g mg  
Hemofast supp 18ml, 6ml (x1086)  
1450 1641, 6ml  
TENEF LP 0,4ug/c  
5310 1641 800  
Pharmacie Babel  
Dr Hassan ROBIO  
Medecine Generale  
Av F.A.R Rue Mouscou 4 Nador  
Tél: 0536 60 00 32



Av. F.A.R., Rue Mouscou, N° 4 - NADOR

شارع الجيش الملكي زنقة موسكو رقم 4 - الناظور

# Hemofast®

Pommade et Suppositoires

## COMPOSITION

Pommade :	Chlorhydrate de cinchocaine .....	0,50 g
	Hydrocortisone .....	0,50 g
	Excipient .....	q.s.p. 100 g
Suppositoires :	Acétate d'hydrocortisone .....	0,005 g
	Esculoside.....	0,010 g
	Benzocaine .....	0,100 g
	Excipient .....	q.s.p. 1 suppositoire

## PROPRIETES

Pommade et suppositoires anti-hémorroïdaires.

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament est une association d'un corticoïde d'un anesthésique local (pommade et suppositoires) et d'un veinotonique (suppositoires).

Ce médicament est préconisé dans certaines pathologies anales s'accompagnant de douleurs ou de démangeaisons, en particulier dans la crise hémorroïdaire.

## CONTRE-INDICATIONS

Ce médicament NE DOIT ETRE UTILISE dans les cas suivants :

Allergies aux anesthésiques locaux.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## MISE EN GARDE

- Ce médicament n'étant pas indiqué en cas d'infection par des virus, des parasites et des champignons, il ne doit pas être utilisé.

Pour les suppositoires : l'attention des sportifs est nécessaire car cette spécialité contient un principe actif pouvant induire des réactions allergiques ou pratiquées lors des contrôles antidopages.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI

Le traitement doit être de courte durée (maximum 10 jours) et doit être appliqué rapidement, consultez votre médecin.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN, ET EN PARTICULIER POUR L'UTILISATION DES SUPPOSITOIRES : certains

Hemofast®  
Pommade

19,00

ies,  
ical.  
ette  
ests

éde

TRE



# Hemofast®

Pommade et Suppositoires

## COMPOSITION

### Pommade :

Chlorhydrate de cinchocaine .....	0,50 g
Hydrocortisone .....	0,50 g
Excipient .....	q.s.p. 100 g
<b>Suppositoires :</b> Acétate d'hydrocortisone .....	0,005 g
Esculoside.....	0,010 g
Benzocaïne .....	0,100 g
Excipient .....	q.s.p. 1 suppositoire

## PROPRIETES

Pommade et suppositoires anti-hémorroïdaires.

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament est une association d'un corticoïde d'un anesthésique local (pommade et suppositoires) et d'un veinotonique (suppositoires).

Ce médicament est préconisé dans certaines pathologies anales s'accompagnant de douleurs ou de démangeaisons, en particulier dans la crise hémorroïdaire.

## CONTRE-INDICATIONS

Ce médicament NE DOIT ETRE UTILISE dans les cas suivants :

Allergies aux anesthésiques locaux.

~~EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DU MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN~~

## MISE EN GARDE

- Ce médicament n'étant pas indiqué des virus, des parasites et des champignons.

Pour les suppositoires : l'attention spécialité contient un principe actif pratiqués lors des contrôles antidopage.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI

Le traitement doit être de courte durée, pas rapidement, consultez votre médecin.

~~EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DU MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN~~

## INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN, ET EN PARTICULIER POUR L'UTILISATION DES SUPPOSITOIRES : certains

14/10

يحفظ بعيداً عن متناول و مرأى الأطفال.  
لا تستعمل هذا الدواء بعد تجاوز تاريخ نهاية الصلاحية على العلبة بعد كلمة EXP. يشير تanggal على اليوم الأخير من الشهر المذكور في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية. لا تتخلص من الأدوية في مجاري الصرف مع النفايات المنزلية. اطلب من الصيدلاني من الأدوية التي لا تحتاج إليها. سوف تساهم في حماية البيئة.

خط الدم عند المرور من وضعية الجلوس وضعية الوقوف (انخفاض ضغط

الأنف (التهابات الأنف).  
بيان والقيء والإمساك.

حكمة على الجلد (خلية التحلل - الشري).  
نادرة (تحدث عند 1 إلى 10 من كل

الغماء).

ر على شكل انتفاخ الوجه، الشفتين أو جسم، أو صعوبة في التنفس أو حكة، ذمة وعائية).

نادرة جداً (تحدث عند أقل من 10000 شخص):  
طفل والمولم (قساح). فد يستلزم هذا

والتهاب وقرحات على الجلد وأو اساطير للشفتين والعينين والفم، فحة أو الأعضاء التناسلية (متلازمة

غير معروفة التردد (لا يمكن تقديرها تامة):

أذن)،

ديد (حمامي متعدد الأشكال، التهاب

بريات القلب (الرجفان الذيني، عدم نساع القلب)،  
ضيق التنفس)،

عملية جراحية لعلاج اعتام عدسة العين

**6. معلومات إضافية**  
تركيبة تينيف م.ت. 0.4 ملخ :  
**التركيب النوعي والكمي للمادة الفعالة**  
تحتوي كل كبسولة ممتدة التحرير على 4 تامسولوسين هيدروكلوريد.  
**التركيب النوعي للسواغ** :  
محتويات الكبسولة : أجيennات الصوديوم الميثاكربيليك / بوليمر إيثيل أكريليت المنشط جلسرين ديبينيت، مالتوديكترين، كبريت الصوديوم، ماكروغول 6000، بولي سيسن هيدروكسيد الصوديوم، مستحلب سيميثيل السيليليك الفغوري اللامائية.  
**غلاف الكبسولة** : الجيلتين، أكسيد الـ (E172)، ثاني أكسيد التيتانيوم (E171)، أكـ (E172).  
النصف (E172).

#### شكل تينيف م.ت. و محتويات العبوة :

هذا الدواء يأتي في شكل :  
كبسولات أنيف م.ت. 0.4 ملخ، ممتدة الـ من 10 و 30 كبسولة.

#### صاحب رخصة التسويق

أكسيس فارما

رقم 67، المنطقة الصناعية الساحلية  
حد السوالم - المغرب

LOT 222716 3  
EXP 08 2025  
PPV 53010



هذا الدواء هو  
عسسة العين  
 بكل سين  
ين) لتصبح  
إذا كنت يا  
ين أو الجلو  
اضن الجانبية  
عراض جانبية  
ضرر. ينطوي  
ة غير المذكورة في  
ن الأعراض الجانبية، أنت تساهم في  
ت بشأن سلامة الدواء.

تنيف م.ت. 0.4 ملخ