

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-780039

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1537 Société : RAM 161072

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : HOUBAN MOHAMED

Date de naissance : 16.06.50

Adresse : B.D. TAHA HOUSSIN, RUE 61 N°3 NADOR

Tél. : 0661089117 Total des frais engagés : #2187,20 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Hassan ROSIO
Médecine Générale
Av F.A.R. Rue Moscou N°4 Nador
Tél. 0536 60 00 32

Date de consultation : 06 MAI 2023

Nom et prénom du malade : HOUBAN MOHAMED Age : 72 ANS

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Hémorroïdes varicelle + Herpès zoster

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) :

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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
08 MAI 2023	2.5 km	1	(1.20) d	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] 081092763 Dr Hassan ROBIO Medecine Generale Av F.A.R. Rue MOUSOU N°4 Nador Tel: 0526 60 00 32

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

Pharmacie Babel
Ad. Tahar Nador N°65 - NADOR
INPE: 082013558 - Tel: 05.36.60.55.44

6.05.23 8720

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

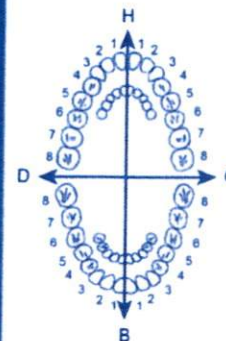
Important :

Veuillez 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

INP : [] [] [] [] [] [] [] []



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

[Création, remont, adjonction]

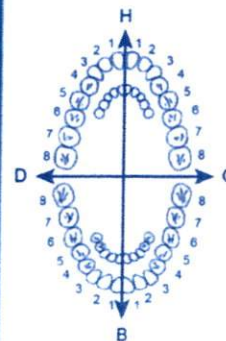
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



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'expertise & 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 وتقييم الأضرار الجسدية

طبيب سابق بالمستشفى الحسنى بالناظور

الفحص الطبي لنيل رخصة السياقة

Nador le : 06 MAI 2023

Houssan
Nohammed

Hemo fast pte

25.

mg

Hemo fast supp

18ml; 8mg

(x1000)

TENEF LP 0,4mg

141;

250g

Pharmacie Babel
Bd. Tahar Haden, N°65 - NADOR
INPE: 08202033558 - Tél: 05 36 60 5534

Dr. Hassan ROBIO
Médecin Général
Av. F.A.R. Rue Mouscou N°4 Nador
Tél: 0536 60 00 32

Hemofast®

Pommade et Suppositoires

COMPOSITION

Pommade :	Chlorhydrate de cinchocaïne	0,50 g
	Hydrocortisone	0,50 g
	Excipient	q.s.p. 100 g
Suppositoires :	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 DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISE EN GARDE

- Ce médicament n'étant pas indiqué en cas d'infection des virus, des parasites et des champignons, il ne doit pas être utilisé. Pour les suppositoires : l'attention des sportifs de haut niveau : cette spécialité contient un principe actif pouvant induire une réaction positive lors des contrôles antidopages.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

Le traitement doit être de courte durée (maximum 7 jours). Ne pas utiliser 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'EVENUELLES 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



Hemofast®

Pommade et Suppositoires

COMPOSITION

Pommade :	Chlorhydrate de cinchocaïne	0,50 g
	Hydrocortisone	0,50 g
	Excipient	q.s.p. 100 g
Suppositoires :	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 UN CONSEIL A VOTRE 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 particulière doit être portée à la spécialité contient un principe actif qui nécessite des précautions particulières lors des contrôles antidopage.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

Le traitement doit être de courte durée. En cas de persistance des symptômes, ne pas rapidement, consultez votre médecin.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER UN CONSEIL A VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

AFIN D'EVITER D'EVENUELLES 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

14/11/00

ط الدم عند المرور من وضعية الجلوس
ي وضعية الوقوف (انخفاض ضغط
من الالتهابات الالتهابية)،
يان والقيء والإسهال.

حكة على الجلد (خلايا النحل - الشرى).
ة النادرة (تحدث عند 1 إلى 10 من كل
:

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

ية النادرة جدًا (تحدث عند أقل من
10000 شخص):

طول والمؤلم (قساح). قد يستلزم هذا

والتهاب وتقرحات على الجلد و/أو
باطية للشفتين والعينين والفم
فية أو الأعضاء التناسلية (متلازمة
).

ة غير معروفة التردد (لا يمكن تقديرها
تاحة):

ف)،
يد (حمامي متعدد الأشكال، التهاب

ربيات القلب (الرجفان الأذيني، عدم
تسارع القلب)،
ضيق التنفس)،

عملية جراحية لعلاج إعتام عدسة العين

هذا الدواء
دسة العين
شكل سيئ
ين) لتصبح
"إذا كنت يا
ين أو الجلوة
أض الجانية
عراض جانبية
مرض. ينطبق
ة غير المذكورة في
ن الأعراض الجانبية، أنت تساهم في
ت بشأن سلامة الدواء.

تينيغ م.ت. 0.4 ملغ

يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.
لا تستعمل هذا الدواء بعد تجاوز تاريخ نها
المبين على العلبة بعد كلمة EXP. يشير
الصلاحية إلى اليوم الأخير من الشهر المذ
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة م
لا تتخلص من الأدوية في مجاري الصرف
مع النفايات المنزلية. اطلب من الص
التخلص من الأدوية التي لا تحتاج إليها.
سوف تساهم في حماية البيئة.

6. معلومات إضافية

تركيبية تينيغ م.ت. 0.4 ملغ :

التركيب النوعي والكمي للمادة الفعالة

تحتوي كل كبسولة ممتدة التحرير على 4
تامسولوسين هيدروكلوريد.

التركيب النوعي للسواغ :

محتويات الكبسولة : ألجينات الصوديوم
الميثاكريليك/ بوليمر إيثيل أكريلات المشد
جلسرين ديبينيت، مالتوديسترين، كبر
الصوديوم، ماكروغول 6000، بولي س
هيدروكسيد الصوديوم، مستحلب سيميث
السيлика الغروية اللامائية.

غلاف الكبسولة : الجيلاتين، أكسيد الد
(E172)، ثاني أكسيد التيتانيوم (E171)، أك
النصفر (E172).

شكل تينيغ م.ت. ومحتويات العبوة :

هذا الدواء يأتي في شكل:
كبسولات تينيغ م.ت. 0.4 ملغ، ممتدة ال
من 10 و 30 كبسولة.

صاحب رخصة التسويق

أكسيس فارما

رقم 67، المنطقة الصناعية الساحل
حد السوالم - المغرب

LOT 222716 3
EXP 08 2025
PPV 53.10



في

chicules et utilisation
ut peut provoquer ur
u passage à la positi
s malaises, notamme
yez prudent. Il est
hicule ou d'utiliser
L'un de ces effets.

endre TENEF L.P. 0,4
rs prendre ce médicament
s instructions de cet