

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## 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° P19- 059493  
ND : 35579

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5565

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SABER NADIA VIE

EL med South

Date de naissance :

01/02/65

Adresse :

9, rue El mersoudi, Rue Ibtisam S  
Quartier Ressam

Tél. : 06 72 14 15 54

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr. Hamza BENNOUNA  
Cardiologue  
Bd. Abdelmoumen, Rue Abdellah  
CASABLANCA  
Tél. : 05 22 46 39 39 / 38 38

Cachet du médecin :

01/08/2020

Date de consultation :

SABER NADIA

Age :

Nom et prénom du malade :

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

HTA

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 : ..... / ..... / .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :

# 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 Traitemant des Actes   |
| 03/08/2020      | Greffe            | -                     | 3000 D                          | Dr. Hamed Ben YOUNA<br>Mme. BENOUNA BENZAKOUR Hayat<br>Tél: 05 22 26 32 83 - Fax: 05 22 28 36 61<br>ICE: 001754606000050 |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

|   |            |   |
|---|------------|---|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture   |
| PHARMACIE AIDA<br>Mme. BENOUNA BENZAKOUR Hayat<br>196, Bd Zerktouni - Casablanca<br>Tél: 05 22 26 32 83 - Fax: 05 22 28 36 61<br>ICE: 001754606000050 | 03/08/2020 | PHARMACIE AIDA<br>Mme. BENOUNA BENZAKOUR Hayat<br>196, Bd Zerktouni - Casablanca<br>Tél: 05 22 26 32 83 - Fax: 05 22 28 36 61<br>ICE: 001754606000050 |

## 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 |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan.

| SOINS DENTAIRES                                   | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|---|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
| MONTANTS DES SOINS                                |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
| DEBUT D'EXECUTION                                 |                |                  |             |                         |
| FIN D'EXECUTION                                   |                |                  |             |                         |
| 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 |                |                  |             |                         |

DENTAL ARCH DIAGRAM (O.D.F PROTHESES DENTAIRES):

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
|   | 00000000 | 00000000 |
| D | 00000000 | 00000000 |
|   | 35533411 | 11433553 |
| B |          |          |

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

## Docteur Hamza BENNOUNA

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nancy

Spécialistes et Pathologie Cardiaque  
et Vasculaire (Nancy)

Ancien Interne et Attaché des Hôpitaux de Nancy

Diplômé en Echographie et doppler Cardiaque  
et Vasculaire (Nancy)

Capacité d'Aide Médicale Urgente (Nancy)

Capacité de Médecine de Catastrophe (Nancy)

## الدكتور حمزة بنونة

خريج كلية الطب بنانسي (فرنسا)

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

طبيب سابق بمستشفيات نانسي

خريج في الفحص الآلي للقلب والشرايين (نانسي)

خريج في طب المستعجلات بنانسي

Casablanca, le : 03 AOUT 2020 الدار البيضاء، في :

Laben نسخة

15160x7 + 267,00

SULAT 5/80

39,30x3

Audemar ٢٢٢

69,00

U.A.M.A.B

PHARMACIE AIDA

Mme BENNOUNA BENZAKOUR Hayat

PHARMACIE AIDA

190, Bd. Zerktouni - Casablanca

Tel: 05 22 86 39 39 - Fax: 05 22 29 36 61

196, Bd. Zerktouni - Casablanca

Tel: 05 22 86 39 39 - Fax: 05 22 29 36 61

Hamza BENNOUNA  
Cardiologue et Rue Abdelmalek  
C. et Rue Abdelmalek  
Boumoumen CASABLANCA 13839  
05 22 80 39 39  
R. Abdelloumene 101

إقامة هشام، زاوية شارع عبد الصومان وزنقة عبد المالك أبومروان - الدار البيضاء، الهاتف: 05 22 86 38 38 - 05 22 86 39 39

Résidence Hicham, Angle Bd Abdelloumene et Rue Abdelmalek Abou Marouane - CASABLANCA

Tél. : 05 22 86 39 39 - 05 22 86 38 38 - Urgences : 06 61 16 96 78 - E-mail : bennounahamza@yahoo.fr

LOT N° : 1268411



UT. AV. : 09 21 P.P.V

39,30  
30

0936612274 ..... 25 mg  
..... 15 mg  
un comprimé

Expiry date

#### c. FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé pelliculé sécable, boîte de 20.

#### d. CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Diurétique thiazidique et diurétique épargneur potassique en association (C: système cardiovasculaire).

#### 2. DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament est une association de deux diurétiques préconisée dans le traitement de :

- Hypertension artérielle.
- Oedèmes d'origine rénale, cardiaque et hépatique.

#### 3. ATTENTION !

##### a. DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT (CONTRE-INDICATIONS)

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- Insuffisance rénale grave ;
  - Insuffisance hépatique grave ;
  - Hyperkaliémie ;
  - Allergie à l'un des constituants de ce médicament ;
  - Association à d'autres diurétiques épargneurs de potassium (sauf en cas d'hypokaliémie).
- EN CAS DE DOUCE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.*

##### b. MISES EN GARDE SPECIALES

En cas d'atteinte hépatique, les diurétiques thiazidiques et apparentés peuvent induire une encéphalopathie hépatique. Dans ce cas, l'administration du diurétique doit être immédiatement interrompue.

##### c. PRECAUTIONS D'EMPLOI

Dans certaines situations pathologiques comme les troubles hépatiques, le diabète, la goutte, les maladies rénales, votre médecin peut être amené à vous prescrire des examens paracliniques (prise de sang).

Compte tenu de l'effet diurétique de ce médicament, il est préférable d'éviter de reprendre la dernière prise tard dans la journée afin d'éviter d'éventuels réveils nocturnes.

*EN CAS DE DOUCE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.*

##### d. INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A

LOT N° : 1268411



UT. AV. : 09 21 P.P.V

39,30  
30

0936612274 ..... 25 mg  
..... 15 mg  
un comprimé

Expiry date

#### c. FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé pelliculé sécable, boîte de 20.

#### d. CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Diurétique thiazidique et diurétique épargneur potassique en association (C: système cardiovasculaire).

#### 2. DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament est une association de deux diurétiques préconisée dans le traitement de :

- Hypertension artérielle.
- Oedèmes d'origine rénale, cardiaque et hépatique.

#### 3. ATTENTION !

##### a. DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT (CONTRE-INDICATIONS)

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- Insuffisance rénale grave ;
  - Insuffisance hépatique grave ;
  - Hyperkaliémie ;
  - Allergie à l'un des constituants de ce médicament ;
  - Association à d'autres diurétiques épargneurs de potassium (sauf en cas d'hypokaliémie).
- EN CAS DE DOUCE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.*

##### b. MISES EN GARDE SPECIALES

En cas d'atteinte hépatique, les diurétiques thiazidiques et apparentés peuvent induire une encéphalopathie hépatique. Dans ce cas, l'administration du diurétique doit être immédiatement interrompue.

##### c. PRECAUTIONS D'EMPLOI

Dans certaines situations pathologiques comme les troubles hépatiques, le diabète, la goutte, les maladies rénales, votre médecin peut être amené à vous prescrire des examens paracliniques (prise de sang).

Compte tenu de l'effet diurétique de ce médicament, il est préférable d'éviter de reprendre la dernière prise tard dans la journée afin d'éviter d'éventuels réveils nocturnes.

*EN CAS DE DOUCE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.*

##### d. INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A

LOT N° : 1268411



UT. AV. : 09 21 P.P.V

39,30  
30

0936612274 ..... 25 mg  
..... 15 mg  
un comprimé

Expiry date

#### c. FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé pelliculé sécable, boîte de 20.

#### d. CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Diurétique thiazidique et diurétique épargneur potassique en association (C: système cardiovasculaire).

#### 2. DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament est une association de deux diurétiques préconisée dans le traitement de :

- Hypertension artérielle.
- Oedèmes d'origine rénale, cardiaque et hépatique.

#### 3. ATTENTION !

##### a. DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT (CONTRE-INDICATIONS)

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- Insuffisance rénale grave ;
  - Insuffisance hépatique grave ;
  - Hyperkaliémie ;
  - Allergie à l'un des constituants de ce médicament ;
  - Association à d'autres diurétiques épargneurs de potassium (sauf en cas d'hypokaliémie).
- EN CAS DE DOUCE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.*

##### b. MISES EN GARDE SPECIALES

En cas d'atteinte hépatique, les diurétiques thiazidiques et apparentés peuvent induire une encéphalopathie hépatique. Dans ce cas, l'administration du diurétique doit être immédiatement interrompue.

##### c. PRECAUTIONS D'EMPLOI

Dans certaines situations pathologiques comme les troubles hépatiques, le diabète, la goutte, les maladies rénales, votre médecin peut être amené à vous prescrire des examens paracliniques (prise de sang).

Compte tenu de l'effet diurétique de ce médicament, il est préférable d'éviter de reprendre la dernière prise tard dans la journée afin d'éviter d'éventuels réveils nocturnes.

*EN CAS DE DOUCE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.*

##### d. INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A

ulicot®

Amlodipine

LOT: 19N015 EXP: 10/22  
PPV : 151 DH60

80 mg  
5 mg

28

Comprimés pelliculés

Voie Orale

ulicot®

Amlodipine

LOT: 19N015 EXP: 10/22  
PPV : 151 DH60

80 mg  
5 mg

28

Comprimés pelliculés

Voie Orale

ulicot®

Amlodipine

LOT: 19N015 EXP: 10/22  
PPV : 151 DH60

80 mg  
5 mg

28

Comprimés pelliculés

Voie Orale







