

# 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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : 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

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1655 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BOUZIANE ALI

Date de naissance : 6-1-1951

Adresse : 461 lotissement Laymouna, Fes-Safa, EL SARLANCA

Tél. : 0672 213 729 Total des frais engagés : 1450 + 97,2 = (547,70) Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Professeur EL MALKI ALI  
5, Rue Agorée Cardiologie  
Tél. 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 28 89*

Date de consultation : 05/11/2019 Nom et prénom du malade : M. BOUZIANE Ali Age :

Lien de parenté :

Fils/ Fille  Conjoint  Enfant

*Problématique*

Nature de la maladie :

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

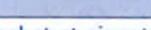
Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
	13/11/19					150,00 d	

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'

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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 B 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553		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

**PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF**  
**Cardiologie adulte et pédiatrique**  
**Explorations Cardio-vasculaires**

**5, rue Mohamed Abdou**  
**CASABLANCA**

**Tél. : 0522.29.81.55 / 59 ou 0522.47.26.89**  
**Fax : 0522.22.62.97**  
**Dom : 0522.79.85.32**  
**GSM cabinet : 06 78 18 18 16**

**Casablanca, Le 05/11/2019**

**Mr BOUZIANE Ahmed**

**1 - SINTROM 4 mg:  
3/4 CP LE SOIR UN J ET 1/2CP X 2 J SANS ARRET**

**2 - BAS DE CONTENTION NUMERO 2 A PORTER LE JOUR  
A POTER**

**3 - TRIATEC 2.5 mg :  
1 CP PAR JOUR MATIN SANS ARRET**



**150,00dh**  
**ORLIMEDIS SARL**  
**44, Rue des Universitaires, Quartier des**  
**Universités, Casablanca (B)**  
**Tél. : 0522.22.62.97**  
**Fax : 0522.21.13.00**

**Dr. EL MAKHLOUF Ali**  
**Professeur Agrégé Cardiologie**  
**5, Rue Med. Abdouh, Casablanca**  
**Tél: 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89**

**PHARMACIE LAIMOUN SARL AU**  
**456, Lot. Alaymoune Lissasfa**  
**Casablanca - Tél: 05 22 90 94 94**  
**RC: 381781 - TP: 36293297 - IF: 24821866**  
**ICE : 001850225000089**

**Facture N° :**
**FN1903638**

Date	CLIENT	PAGE
13/11/19	34210475	1

**MR BOUZIANE AHMED**

Référence commande N°	Representant	Mode d'expédition	Mode de règlement
		NOS SOINS	

Référence	Qté	Désignation	TVA	P.U HT	R%	MT HT
M2070-AGH	1	BAS CUISSE OUVERT Ccl II COTTON RELAXSAN	20%	375,000		375,00

ORLIMEDIS SARL  
44, Rue des Hôpitaux - Quartier des Hôpitaux  
Casablanca  
Tél: 0522 20 39 39 - 05 22 20 65 65 - 05 22 27 35 06 - Fax : 0522 27 37 09  
E-mail : contact@orlimedis.com



MT HT	TVA	MT TVA
375,00	20%	75,00

H.T	Mt TVA	Total TTC
375,00	75,00	450,00

Arrêtée la présente facture à la somme de:  
**Quatre cent cinquante** DHS

**Posologie :**

La dose peut être ajustée individuellement.

**Mode d'administration :**

Voie orale.

Les comprimés doivent être avalés avec au moins 1/2 verre de liquide. Ils ne doivent être ni mâchés, ni écrasés.

**DANS TOUS LES CAS SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.**

**Surdosage :**

En cas de surdosage ou d'intoxication accidentelle, prévenir immédiatement votre médecin.

**EFFETS NON SOUHAITES ET GENANTS**

*COMME TOUT MEDICAMENT, CE PRODUIT PEUT, CHEZ CERTAINES PERSONNES ENTRAINER DES EFFETS PLUS OU MOINS GENANTS :*

Le plus fréquent : la toux.

Moins fréquents :

- Céphalées, fatigue,
- tachycardie, détérioration de la capacité à réagir,
- nausées,
- exanthème, prurit, urticaire (parfois avec fièvre), angio-œdème avec enfllement de la face, des membres, de la langue, de la glotte et/ou du larynx,
- augmentation du taux sérique de bilirubine et/ou des enzymes du foie cholestati-que hépatique,
- faiblesse,
- altération de la fonction rénale, augmentation de la créatinine sérique et de l'urée,
- conjonctivite,
- troubles de l'équilibre.

*SIGNEZ A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN TOUT EFFET NON SOUHAITE ET GENANT QUI NE SERAIT PAS MENTIONNÉ DANS CETTE NOTICE.*

**CONSERVATION**

**NE PAS DÉPASSER LA DATE LIMITE D'UTILISATION FIGURANT SUR LE CONDITION-NEMENT EXTÉRIEUR.**

A conserver à une température inférieure à 25°C.

**sanofi-aventis Maroc**  
Route de Rabat R.P.1 - Ain Sebaâ  
20250 Casablanca

# TRIATEC®

1,25 mg, 2,5 mg, 5 mg, 10 mg

Ramipril

Comprimé

**sanofi aventis**

Cette notice étant régulièrement remise à jour, il convient de la lire attentivement avant d'utiliser une nouvelle boîte. Pour toute question ne pas hésiter à contacter votre médecin ou pharmacien.

**COMPOSITION**

TRIATEC® 1,25 mg : Ra

TRIATEC® 2,5 mg : Rami

TRIATEC® 5 mg : Rami

TRIATEC® Protect 10 mg

Excipients (communs) :  
prégléatinisé, cellulose m  
fer jaune (pour TRIATEC®

**FORME PHARMACEUTIQUE**

TRIATEC® 1,25 mg : comprimé

TRIATEC® 2,5 mg : comprimé

TRIATEC® 5 mg : comprimé

TRIATEC® Protect 10 mg : c

97 A0



mg/comprimé.  
mg/comprimé.  
mg/comprimé.  
mg/comprimé.  
idon de mais  
dium, oxyde de  
ATEC® 5 mg).

## TRIATEC® 2,5mg

30 Comprimés



6 118000 060185

30.  
s de 15 et 30.

ue après la phase

ête.

ffrant de diabète

**INDICATIONS**

- Hypertension artérielle.
- Insuffisance cardiaque.
- Réduction de la mortalité aiguë d'un infarctus du myocarde.
- Néphropathie glomérulaire.
- Début de néphropathie du type II et d'hypertension artérielle.
- Maladie vasculaire avec athérosclérose établie (avec ou sans diabète de type II) : prévention de l'infarctus du myocarde, de l'accident vasculaire cérébral ou des décès cardiovasculaires.

**CONTRE-INDICATIONS**

- Hypersensibilité au ramipril, à un autre inhibiteur de l'enzyme de