

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.

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



Déclaration de Maladie : N° P19- 0021412

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 479 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : FANGAR Ahmed Date de naissance : 10/11/1946

Adresse : RESIDENCE ELMANSOUR AG 2 BOULEVARD GHANDI 1037

Tél. : 0663 295031 Total des frais engagés : 1688 DH APP G CASA

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/03/2020

Nom et prénom du malade : Mr FANGAR Ahmed Age : 74 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

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 : Casablanca

Le : 11/03/2020

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

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
10/03/2020		3	300 000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/03/2020	1388,20

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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OC

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																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Dr. EL MAKKI LOUEFI
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tél. 05 22 29 81 55/59 - 05 22 77 26 60

Certifie que Mlle, Mme, M. :

FAHAR Ahmed

Présente

Hypertension artérielle

Nécessitant un traitement d'une durée de :

de longue durée et sans interruption

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

Dr. EL MAKKI LOUEFI
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tél. 05 22 29 81 55/59 - 05 22 77 26 60

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

Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

Casablanca, le 10 Mars 2020

Mr Ahmed FANGAR

196,20.
1 - CRESTOR 5 mg : 1 CP LE SOIR un joursur 2 x 03 mois
SANS ARRET

2180 x 5 = 109,00.
2 - ASPEGIC 100 mg : 1 SACHET A MIDI
TTT A NE PAS ARRETER

361,00 x 3 = 1083,00.
3 - EXFORGEHCT 10mg/160 mg/12.5 mg
1 CP PAR JOUR SANS ARRET LE MATIN

PHARMACIE DU CROISSANT
3, Bd. Sour Jdid - Casablanca
Tél : 05 22 22 20 26-1
ICE : 00 156 7948000034

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

TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE
EN CAS D'URGENCE APPELER LA CLINIQUE JERRADA OASIS AU :

05 22 23 81 81 OU 05 22 23 84 52/53/54

OU ENVOYER UN MESSAGE ECRIT AU : 06 61 13 14 83

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

CRESTOR 5 mg, comprimé pelliculé
CRESTOR 10 mg, comprimé pelliculé
CRESTOR 20 mg, comprimé pelliculé

Rosuvastatine

lisez attentivement cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes pour vous. Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire. Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien. Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de votre maladie sont identiques aux vôtres.

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Pour plus d'informations, consultez la rubrique 4.

Qu'est-ce que CRESTOR, comprimé pelliculé et dans quels cas est-il utilisé ?

Quelles sont les informations à connaître avant de prendre CRESTOR, comprimé pelliculé ?

Comment prendre CRESTOR, comprimé pelliculé ?

Quels sont les effets indésirables éventuels ?

Comment conserver CRESTOR, comprimé pelliculé ?

Contenu de l'emballage et autres informations.

QU'EST-CE QUE CRESTOR, comprimé pelliculé ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Indication thérapeutique : Inhibiteur de l'HMG-CoA réductase - code ATC : C10A A07

CRESTOR appartient au groupe des médicaments appelés statines.

CRESTOR vous a été prescrit parce que :

Ne prenez jamais CRESTOR :

- si vous êtes allergique à la rosuvastatine ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6 ;
- si vous êtes enceinte, si vous allaitez, arrêtez immédiatement le traitement et prévenez votre médecin ; il convient de prendre un contraceptif approprié pour éviter d'être enceinte pendant le traitement par CRESTOR ;

Maphar

Km 10, Route Côtière 111,

QI Zenata Ain sebaa Casablanca

Crestor 5mg cp pell b30

P.P.V : 196,20 DH



en cas de problèmes hépatiques ;
 en cas de problèmes rénaux graves (si vous avez des problèmes rénaux) ;
 en cas de troubles musculaires appelés myopathies (douleurs ou inexpliquées) ;
 en cas de la ciclosporine (utilisée par exemple pour la transplantation d'organes).

Ne prenez pas CRESTOR si vous êtes atteint par l'une de ces situations (ou si vous avez des problèmes rénaux) ; consultez votre médecin.

Ne prenez pas plus de 40 mg de CRESTOR par jour.

Ne prenez pas CRESTOR si vous avez une insuffisance rénale modérée (en cas de problèmes rénaux) ; consultez votre médecin ;

- vous avez des troubles de la thyroïde ;
- vous avez des douleurs musculaires répétées ou si vous avez déjà présenté des douleurs musculaires avec ce médicament abaissant les taux de cholestérol ;
- vous consommez régulièrement des quantités importantes d'alcool ;
- vous êtes d'origine asiatique (japonais, chinois, philippin, vietnamien, coréen et indien) ;
- vous êtes déjà traité par un autre médicament abaissement du cholestérol.

iazide

ables susceptibles d'être graves: Éruption cutanée surtout visage, douleur articulaire, symptômes musculaires et ou réaction d'un lupus érythémateux). Réactions graves avec formation de bulles sur les lèvres, les yeux ou la peau, desquamation de la peau, fièvre, épidémique

la peau
te sur
s et qui
nnées, ou de
ant évoluer
sont
uement
me le



le magnésium dans le sang

du sucre dans le sang, sucre dans l'urine, réactions d'hypersensibilité à la lumière, troubles de la vue

atoires, y compris inflammation d'organes, inflammation du pancréas.

rampes musculaires, une fièvre, une faiblesse (asthénie), une douleur de la vue ou des douleurs dans les yeux (augmentation de la pression intraoculaire), une forte diminution de la quantité d'urine (insuffisance rénale ou défaillance rénale) ont été rapportées.

uez des effets secondaires qui ne sont pas mentionnés dans ce prospect, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

6. Informations supplémentaires

Que contient Exforge HCT?

Exforge HCT 5 mg/160 mg/12.5 mg comprimés pelliculés contiennent comme principes actifs 5 mg d'amlodipine (sous forme de bésylate d'amlodipine), 160 mg de valsartan et 12.5 mg d'hydrochlorothiazide, ainsi que des excipients.



Exforge HCT 5 mg/160 mg/12.5 mg comprimés pelliculés contiennent comme principes actifs 5 mg d'amlodipine (sous forme de bésylate d'amlodipine), 160 mg de valsartan et 12.5 mg d'hydrochlorothiazide, ainsi que des excipients.

Exforge HCT 10 mg/160 mg/12.5 mg comprimés pelliculés contiennent comme principes actifs 10 mg d'amlodipine (sous forme de bésylate d'amlodipine), 160 mg de valsartan et 12.5 mg d'hydrochlorothiazide, ainsi que des excipients.

Exforge HCT 10 mg/160 mg/25 mg comprimés pelliculés contiennent comme principes actifs 10 mg d'amlodipine (sous forme de bésylate d'amlodipine), 160 mg de valsartan et 25 mg d'hydrochlorothiazide, ainsi que des excipients.

Exforge HCT est une marque déposée de l'établissement pharmaceutique titulaire de la licence de fabrication.

Exforge HCT est une marque déposée de l'établissement pharmaceutique titulaire de la licence de fabrication.

Exforge HCT est une marque déposée de l'établissement pharmaceutique titulaire de la licence de fabrication.

Exforge HCT est une marque déposée de l'établissement pharmaceutique titulaire de la licence de fabrication.

Novartis Farmaceutica SA, Ronda de Santa Maria, 158. 08210 Barberà del Vallès (Barcelona) Spain

La dernière date à laquelle cette notice a été révisée

Février 2019

Conditions de prescription et de délivrance

Tableau A. Liste I.

