

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.

adiologie 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.

ptique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

- 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.

entaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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 caractére personnel.

UPRAS : 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)

2151W

Matricule :

479

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FANGAR Ahmed Date de naissance :

1/01/1946

Adresse :

RESIDENCE ELMANSOUR AG 1^{re} ét. GHANDI 1137 APP. G CASA

Tél. : 0663295031 Total des frais engagés :

1682 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. EL MAKHLOUF A.I.
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdoull - Casa
Tél. 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 76 89

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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) :

Le : 11/03/2020

ACCUEIL

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
10/03/2006			300,00	<i>Mokhlouf A. Praticien Agréé de Cardiologie Med. Abdourahmane 29/01/55/59 05/2011</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>3, RD. SOUDIER D'ORCHIES Tél: 00153 7946000000</i>	10/03/2006	1388,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

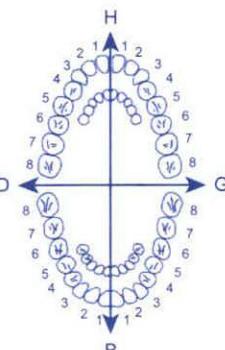
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



valable 3 mois

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

Dr. EL MAHJOUB AH
Professeur Agrégé Cardiologie

5, Rue Mad. Abdellah Casablanca

Certifie que Mle, Mme, M. :

Présente

F A n a Q A R t h r e d

Nécessitant un traitement d'une durée de :

de longue durée et sans interruption

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

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

$2180 \times 5 = 109,00$.

2 - ASPEGIC 100 mg : 1 SACHET A MIDI
TTT A NE PAS ARRETER

$361,00 \times 3 = 1083,00$.

3 - EXFORGEHCT 10mg:/160 mg/12.5 mg
1 CP PAR JOUR SANS ARRET LE MATIN

PHARMACIE DU GROISANT
Casablanca
3, Bd. Sour Jdid - Casablanca
Tél : 05 22 22 02 61
ICE : 00 159 7948000034

1388,20
pa 3 mai

Dr. E. MAKHLOUF Ali
Professeur cardiologue - Cardiologie
5, Rue Med. Abdou - Casablanca
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

Lez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament. Il contient des informations importantes pour vous. Ardez 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 leur maladie sont identiques aux vôtres.

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice (voir rubrique 4).

Qu'est-ce que cette notice ?

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 ?

Ce pharmacothérapeutique : 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.

Ne prenez jamais CRESTOR si vous avez :
- des problèmes hépatiques ;
- des problèmes rénaux graves (si vous avez consulté votre médecin) ;
- des troubles musculaires appelés myopathies (éprouvées ou inexplicables) ;
- ou la ciclosporine (utilisée par exemple lors d'un greffe).

Ne prenez pas CRESTOR si vous êtes atteint(e) par l'une de ces situations (ou si vous levez pas prendre 40 mg de CRESTOR) :

si vous avez une insuffisance rénale modérée (en cas de

demandez à votre médecin) ;

- vous avez des troubles de la thyroïde ;
- vous avez des douleurs musculaires répétées ou intenses ;
- des antécédents personnels ou familiaux de problème cardiaque ou vasculaire ; 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, philippins, vietnamien, coréen et indien) ;
- vous êtes déjà traité par un autre médicament abaissant les taux de cholestérol.

iazide

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

épidermique de la peau et sur les muqueuses, ou de celles qui peuvent éventuellement évoluer en gangrène, sont également possibles, comme le jaunissement des gencives, les mains, les épaules, le torse ou le dos).

1126506-A17-MA

6118001030897
EXFORGE HCT
10mg/160mg/12.5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 361.00 DH
6037

magnésium dans le sang

du sucre dans le sang, sucre dans les urines, réactions d'hypersensibilité à la lumière, faiblesse de la vue

rateurs, y compris inflammation de la vésicule biliaire, inflammation du pancréas.

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

chez des effets secondaires qui ne sont pas mentionnés ci-dessous, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

autre mention non indiquée

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'amlopipronidine (sous forme de bésylate d'amlopipronidine), 160 mg de valsartan et 12.5 mg d'hydrochlorothiazide, ainsi que des excipients.

Ex
co
d'a
air
Ex.
co
d'a
1126506-A17-MA

6118001030897
EXFORGE HCT
10mg/160mg/12.5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 361.00 DH
3109

comprimés pelliculés contiennent 5 mg d'amlopipronidine (sous forme de bésylate d'amlopipronidine), 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'amlopipronidine (sous forme de bésylate d'amlopipronidine), 160 mg de valsartan et 25 mg d'hydrochlorothiazide, ainsi que des excipients.

Adresse de l'établissement pharmaceutique titulaire de la licence Maroc
Pharma Maroc S.A. 82, Bd Chefchaouni. Q.I Ain Sebâa 20590 Casablanca - Maroc.

Adresse du fabricant
Pharma Stein AG, Schaffhauserstrasse CH 4332 Stein. Suisse.

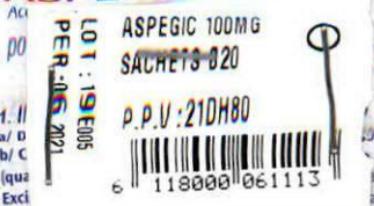
Novartis Farmaceutica SA. Ronda de Santa Maria, 158. 08210 Barberà del Vallès (Barcelona) Spain

La dernière date à laquelle cette notice a été révisée
Février 2019

Conditions de prescription et de délivrance

Tableau A. Liste I.

ASPEGIC[®] NOURRISSONS 100mg



un sachet-dose de 204,6 mg.

c) Forme pharmaceutique et présentation : solution buvable en sachet-dose, boîte de 20.



Pour les enfants ayant un poids ou un âge différent, il existe :

d'autres présentations d'aspirine : demandez à votre médecin ou à votre pharmacien.

3- ATTENTION !

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance, contactez-le avant de prendre ce médicament.

a) Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament

Ce médicament NE DOIT JAMAIS ETRE UTILISE DA

• allergie à l'aspirine ou à un médicament appartenant aux anti-inflammatoires non stéroïdiens) ou à l'un des antécédents d'asthme provoqué par l'administration d'aspirine ou d'un médicament apparenté (notamment anti-inflammatoires non stéroïdiens), • au-delà de 5 mois de grossesse révolus (24 semaines d'aménorrhée) pour des doses supérieures à 100 mg par jour, • ulcère de l'estomac ou du duodénum en évolution, • maladie hémorragique ou risque de saignement, • maladie grave du foie, • maladie grave des

reins, • maladie grave du cœur, • traitement par le méthotrexate à des doses supérieures à 20 mg/semaine, lorsque l'aspirine est utilisée à fortes doses, notamment dans le traitement des affections

LOI : 19E005
PER.:06 2021

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



EMANDER L'AVIS DE VOTRE

b) Mises en garde spéciales : ce médicament contient du lactose. Sa utilisation est déconseillée, chez les patients présentant une intolérance au lactose (maladie héréditaire rare). • En cas d'association à d'autres médicaments, pour éviter un risque de surdosage, vérifier l'absence d'aspirine dans la composition des autres médicaments. • En cas de

LOI : 19E005
PER.:06 2021

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



• En cas de maladie grave, comme la varicelle ou un épisode d'allure primaire - ne pas administrer d'aspirine à un enfant sans l'avis d'un

ministre d'aspirine à un enfant sans l'avis d'un appariion de trouble de la conscience ou du vomissement chez un enfant prenant de l'aspirine, un médecin.

tre utilisée qu'après avis de votre médecin : • en cas de maladie rhumatismales, • en cas de déficit en GGP (des globules rouges), car des doses élevées peuvent provoquer des hémolyse (destruction des globules

itécédents d'ulcère de l'estomac ou du duodénum, ou de gastrite, • en cas de maladie des reins ou

du foie, • en cas d'asthme : la survenue de crise d'asthme, chez certains sujets, peut être liée à une allergie aux anti-inflammatoires non stéroïdiens ou à l'aspirine. Dans ce cas, ce médicament est contre-indiqué, • en cas de règles abondantes, • en cas de traitement par : • des anticoagulants oraux, lorsque l'aspirine est utilisée à fortes doses dans le traitement de la fièvre ou des douleurs (jusqu'à 60 mg/kg par jour) et en l'absence d'antécédent d'ulcère gastro-duodenal, • des

que maux de tête,

l'enfant de 6 à 10 ans, l'enfant de 6 à 10 ans,

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80

LOI : 19E005
PER.:06 2021

118000 061113