

# 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.

## 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.

## Prothèse :

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° M21- 0037352

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10551 Société : RAM 73563

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : EC HOR Abdelmalik

Date de naissance : 12-01-69

Adresse : Rue Ibrahimiya 41 Benachba

Tél : 0661898631 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/03/2021

Nom et prénom du malade : EC HOR Abdelmalik Age :

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

Nature de la maladie : ALD

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) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-0037352

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



# 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
16.3.21	U	61	3000,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16.3.21	692,00

# 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	

# VOLET ADHERENT

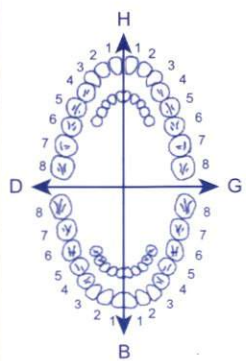
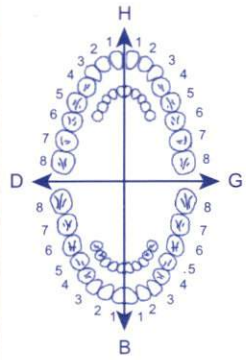
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H  25533412  00000000  D </div> <div> 21433552  00000000  G  00000000  35533411  B </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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 Ahmed BIDANI**

**CARDIOLOGUE**

Spécialiste des Maladies du cœur - Vaisseaux

Circulation Sanguine

Hypertension Artérielle - Électrocardiographie

Holter ECG - Holter - Tensionnel (MAPA)

Echo Doppler Couleur Cardiaque



**الدكتور أحمد بيداني**

اختصاصي في أمراض القلب

الشرايين - الدورة الدموية

ارتفاع الضغط الدموي

التخطيط الكهربائي للقلب - الهولتر

فحص القلب بالأمواج ما فوق الصوتية

والدوبلر بالألوان

Casablanca, Le : 16-03-2021 : الدار البيضاء في

15. 25 40 2.

Far

270,00 x 2

1) - Coplax

2600 x 2

2) - Iu Kalso

001265

40 26



PHARMACIE CHAWKI  
Dr. A. CHAWKI ELAMARI  
43 Lot Makhlouf 2, 26200 Deroua  
Tel : 05 22 53 27 56

Docteur Ahmed BIDANI  
CARDIOLOGUE  
Bd Eddakhla N°166, Jamila 5, Sebata - Casablanca  
Tél : 05 22 29 18 72 - Fax : 05 22 53 74 03 - GSM : 06 61 17 10 15



**INIKAL® 5mg boîtes de 14, 30, 60**  
**INIKAL10 mg boîtes de 14, 30**  
**Comprimé**  
**(Amlodipine)**

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.  
Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si vous avez autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'information à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

**COMPOSITION QUANTITATIVE ET QUALITATIVE :**

Besylate d'amlodipine correspondant à 5 ou 10 mg d'amlodipine

Excipients q.s.p 1 comprimé.

Excipients à effets notoires : sans objet

**CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE :**

Inhibiteur calcique sélectif à effet vasculaire (dérivé de la dihydropyridine).

**INDICATIONS THERAPEUTIQUES :**

Ce médicament est préconisé dans le traitement de l'hypertension artérielle et dans le traitement préventif des crises d'angine de poitrine : angine de poitrine d'effort et angine de poitrine spontanée (angor de Prinzmetal).

**POSOLOGIE, MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION :**

Voie d'administration : Voie orale.

La posologie initiale est de 5 mg une fois par jour, elle peut être augmentée à 10 mg par jour si nécessaire à boire avec un verre d'eau, éviter de le prendre avec un jus de pamplemousse.

Il est préférable de prendre ce médicament à la même heure tous les jours.

Dans tous les cas se conformer strictement à l'ordonnance de votre médecin.

**CONTRE-INDICATIONS :**

Ce médicament ne doit pas être utilisé en cas :

- D'hypersensibilité connue à l'amlodipine ou un autre inhibiteur calcique de la classe des dihydropyridines

- hypotension sévère, rétrécissement de la valve aortique, choc cardiogénique ou insuffisance cardiaque.

- ce médicament est généralement déconseillé en association avec le dantrolène.

**EFFETS INDESIRABLES :**

Comme tout médicament, INIKAL peut entraîner des effets indésirables, certains peuvent être graves, les plus fréquents sont les suivants :

- le plus souvent, il s'agit de :

- des chevilles ou de la face

- Rarement syncope :

- Réactions cutanées : al

- Effets digestifs : dou

- dyspepsie

- Effets neuromusculaires

- Effets pulmonaires et car

Ces effets s'atténuent en gé

Pour tout événement indésira

rythme cardiaque pouvant sur

prévenir immédiatement votre mé

**MISES EN GARDE SPECIALES :**

L'UTILISATION CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT JUSQU'A 17 ANS EST DECONSEILLÉE.

SI DES SIGNES CLINIQUES APPARAISSENT (FATIGUE, MANQUE D'APPETIT, NAUSEE

DOSAGE SANGUIN DES ENZYMES DU FOIE EST RECOMMANDE.

**PRECAUTIONS D'EMPLOI :**

Les personnes âgées ou souffrantes d'une insuffisance hépatique ou cardiaque se conformer strictement à la prescription de leur médecin.

PPV (C24)

LOT N° :

UT, AV :

LOT : 190549  
UT AV : 03/2022  
PPV : 76,00DH

Rue 7

**inikal® 10mg**

Amlodipine

30 comprimés



6 118000 340140



**INIKAL® 5mg boîtes de 14, 30, 60**  
**INIKAL10 mg boîtes de 14, 30**  
**Comprimé**  
**(Amlodipine)**

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.  
Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si vous avez autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'information à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

**COMPOSITION QUANTITATIVE ET QUALITATIVE :**

Besylate d'amlodipine correspondant à 5 ou 10 mg d'amlodipine

Excipients q.s.p 1 comprimé.

Excipients à effets notoires : sans objet

**CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE :**

Inhibiteur calcique sélectif à effet vasculaire (dérivé de la dihydropyridine).

**INDICATIONS THERAPEUTIQUES :**

Ce médicament est préconisé dans le traitement de l'hypertension artérielle et dans le traitement préventif des crises d'angine de poitrine : angine de poitrine d'effort et angine de poitrine spontanée (angor de Prinzmetal).

**POSOLOGIE, MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION :**

Voie d'administration : Voie orale.

La posologie initiale est de 5 mg une fois par jour, elle peut être augmentée à 10 mg par jour si nécessaire à boire avec un verre d'eau, éviter de le prendre avec un jus de pamplemousse.

Il est préférable de prendre ce médicament à la même heure tous les jours.

Dans tous les cas se conformer strictement à l'ordonnance de votre médecin.

**CONTRE-INDICATIONS :**

Ce médicament ne doit pas être utilisé en cas :

- D'hypersensibilité connue à l'amlodipine ou un autre inhibiteur calcique de la classe des dihydropyridines

- hypotension sévère, rétrécissement de la valve aortique, choc cardiogénique ou insuffisance cardiaque.

- ce médicament est généralement déconseillé en association avec le dantrolène.

**EFFETS INDESIRABLES :**

Comme tout médicament, INIKAL peut entraîner des effets indésirables, certains peuvent être graves. Les effets indésirables les plus fréquents sont :

- le plus souvent, il s'agit de :

- des chevilles ou de la face

- Rarement syncope :

- Réactions cutanées : allergies

- Effets digestifs : douleurs

- dyspepsie

- Effets neuromusculaires

- Effets pulmonaires et cardiaques

Ces effets s'atténuent en général.

Pour tout événement indésirable,

le rythme cardiaque pouvant survenir,

prévenir immédiatement votre médecin.

**MISES EN GARDE SPECIALES :**

L'UTILISATION CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT JUSQU'A 17 ANS EST DECONSEILLÉE.

SI DES SIGNES CLINIQUES APPARAISSENT (FATIGUE, MANQUE D'APPETIT, NAUSEE).

UN DOSAGE SANGUIN DES ENZYMES DU FOIE EST RECOMMANDE.

**PRECAUTIONS D'EMPLOI :**

Les personnes âgées ou souffrantes d'une insuffisance hépatique ou cardiaque se conformer strictement à la prescription de leur médecin.

PPV (C24)

LOT N° :

UT, AV :

LOT : 190549  
UT AV : 03/2022  
PPV : 76,00DH

Rue 7

**inikal® 10mg**

Amlodipine

30 comprimés



6 118000 340140



## Enfants et adolescents

Coplivax n'est pas destiné à l'enfant ou à l'adolescent de moins de 18 ans. Il y a un possible lien entre l'acide acétylsalicylique et la survenue d'un syndrome de Reye quand des médicaments contenant de l'acide acétylsalicylique sont administrés chez les enfants ou les adolescents présentant une infection virale. Le syndrome de Reye est une maladie très rare pouvant mettre en jeu le pronostic vital.

## Autres médicaments et Coplivax

Informez votre médecin ou votre pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou pourriez prendre d'autres médicaments, y compris certains médicaments pour le diabète, de Coplivax ou vice-versa.

Vous devez informer votre médecin de tous les médicaments que vous prenez :

- des anticoagulants, la coagulation du sang
- de l'acide acétylsalicylique, stéroïdien, médicaments contre la douleur et/ou les maladies articulaires,

- de l'héparine ou tout autre médicament qui diminue la coagulation du sang,

- de la ticlopidine, un autre antiagrégant plaquettaire, un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (incluant notamment la fluoxétine ou la fluvoxamine), médicament utilisé habituellement dans le traitement de la dépression,

- de l'oméprazole ou de l'ésoméprazole pour des maux d'estomac, du métoprolol, un médicament utilisé dans le traitement d'une maladie grave des articulations (polyarthrite rhumatoïde) ou une maladie de la peau (psoriasis).

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Coplivax 76mg/100mg

b30 cp  
P.P.V : 270,00 DH



si vous prenez, avez récemment pris ou pourriez prendre d'autres médicaments, y compris certains médicaments pour le diabète, de Coplivax ou vice-versa.



## Enfants et adolescents

Coplivax n'est pas destinée à l'enfant ou à l'adolescent de moins de 18 ans. Il y a un possible lien entre l'acide acétylsalicylique et la survenue d'un syndrome de Reye quand des médicaments contenant de l'acide acétylsalicylique sont administrés chez les enfants ou les adolescents présentant une infection virale. Le syndrome de Reye est une maladie très rare pouvant mettre en jeu le pronostic vital.

## Autres médicaments et Coplivax

Informez votre médecin ou votre pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou pourriez prendre d'autres médicaments avec Coplivax ou vice-versa.

Vous devez informer des médicaments que vous prenez :

- des anticoagulants, la coagulation du sang
- de l'acide acétylsalicylique, stéroïdien, médicaments contre la douleur et/ou les maladies articulaires,

- de l'héparine ou tout autre médicament qui diminue la coagulation du sang,

- de la ticlopidine, un autre antiagrégant plaquettaire, un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (incluant notamment la fluoxétine ou la fluvoxamine), médicament utilisé habituellement dans le traitement de la dépression,

- de l'oméprazole ou de l'ésoméprazole pour des maux d'estomac, du méthotrexate, un médicament utilisé dans le traitement d'une maladie grave des articulations (polyarthrite rhumatoïde) ou une maladie de la peau (psoriasis).

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Coplivax 76mg/100mg

b30 cp  
P.P.V :

270,00 DH



118001

082018

si vous prenez ;  
que de saignement

pour diminuer  
hémorragie non  
pour traiter la  
muscles ou des

si vous prenez, avez  
récemment pris ou pourriez prendre  
Certains médicaments peuvent  
de Coplivax ou vice-versa.



ECG

Nom : EL HOR ABDESSAMIM Male

Age : 52Y

Clinique N :

Section :

SN : 0003232

Case No. : A050.21

Lit No. :

Date : 16/03/2021 13:5:30



00:00

IIR 50Hz/DFT

25mm/s 10.00mm/mV

Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	--
Temps d'écha	8s	QT Interval:	--
FC:	69bpm	QTc Interval:	--
P Interval:	--	P Axis:	--
QRS Interval:	--	QRS Axis:	--
T Interval:	--	T Axis:	--

Prompt:

Signature Medecin :