

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR EVITER 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.

Diagnostique 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

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0011195

- Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4780 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre
 Nom & Prénom : KODARI FATMA
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : 0645741905 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Spécialiste des Maladies du Cœur des Vaisseaux et de l'Hypertension Artérielle
 1. Rue 4 Abd El Jaded et Bd Raja Guedira
 1er Etage Tél/Fax : 22 59 59 00
 Date de consultation : 9 AOÛT 2021
 Nom et prénom du malade : KHOUDAR FATMA Age :
 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 : Le :
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



89743

Medicament
 15/11/21
 avertis
 par l'Adesit.

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
9 AOUT 2021		250 dh		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Remetteur	Date	Montant de la Facture
	19 08 21	399,20

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
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
			DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
			FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

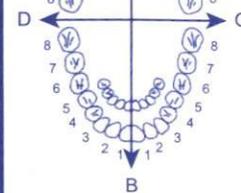
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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

Dr. Mohamed Ali BENNANI
Cardiologue

Spécialiste des maladies
du coeur, des vaisseaux
et de l'hypertension artérielle
Echocardiographie doppler - Holter
Tensionnel - Holter rythmique
Epreuve d'effort
Traitement des varices
Sur Rendez-vous



مركز فحوصات القلب والشرايين
CENTRE D'EXPLORATIONS
CARDIOVASCULAIRES

الدكتور محمد علي بناني

إختصاصي في أمراض القلب والشرايين

وارتفاع الضغط الدموي

التشخيص بالأموح فوق الصوتية والدوبلر
تسجيل مستمر لضغط الدم لمدة 24 ساعة
تسجيل مستمر لتخطيط القلب لمدة 24 ساعة
تخطيط القلب عند المجهود
علاج الدوالي (العروق المنتفخة بالساق)
بالموعد

19/08/2021

Casablanca, le : : الدار البيضاء، في

Nom : **M. KHOUDARI FATNA**

Régime peu salé

72.00

DETENSIEL 10 mg, Comprimé pelliculé : 1/2 comprimé le matin pendant
3 mois

INEXIUM 40 mg Comprimé GR 4 : 1 comprimé le matin pendar

175.20

VARTEX 160 : 1 comprimé le matin pendant 3 mois



152.00

IPERTEN 20 mg : 1/2 comprimé le matin pendant 3 mois

CARDIOASPIRINE 100mg , Comprimé : 1 comprimé à midi pendant 3
mois

399.20

Docteur Mohamed Ali BENNANI

Dr Mohamed Ali BENNANI
Spécialiste des Maladies du Coeur
et de l'Hypertension Artérielle
4 Avenue du 1er Novembre 1956, Bld Reda Guedira
1er Etage Tél./Fax: 05 22 59 59 00

LOT 211753
EXP 06 2024
PPV 175.20 DH

Casablanca - Tél: 0522 37 07 06
355, Av. Reda Guedira, Cité Djamaa
Mehdi BELAYACHI
PHARMACIE IBN ROUCHD

Traitement à ne pas arrêter jusqu'au prochain rendez-vous le : : عدم توقف الوصفة حتى الموعد المقبل في :
Jeudi 18 Novembre 2021

1, Zénqa 4 el eheed el jedid w charc razi akdriya (al nil sabqa) - (qrb hamam el fan) - abn amsiyk - al dar al biyya
1, Rue 4 Ahd El Jadid et Bd. Reda Guedira (Ex. Nil) - 1er Etage - (à Côté de Hammam El Fane) - Ben M'sik - Casablanca
E-mail : bennanimedali@yahoo.fr : الهاتف/الفاكس : 05 22 59 59 00 - البريد الإلكتروني

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

7862160236

IN DE L'UTILISATEUR

7870801017

MERCK

DETENSIEL® 10 mg, comprimé pelliculé, sécable

Bisoprolol fumarate

Voie orale

Veillez 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 toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations 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 non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Dans cette notice :

1. Qu'est-ce que Détensiel 10 mg, comprimé pelliculé sécable et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre Détensiel 10 mg, comprimé pelliculé sécable ?
3. Comment prendre Détensiel 10 mg, comprimé pelliculé sécable ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver Détensiel 10 mg, comprimé pelliculé sécable ?

La posologie doit être adaptée individuellement. La dose habituelle pour les adultes est de un comprimé de Détensiel 10 mg, une fois par jour.

Dans les cas sévères, la dose peut être augmentée à 20 mg une fois par jour.

Dans tous les cas, la posologie doit être adaptée individuellement et progressivement, en fonction notamment de la fréquence cardiaque et de la réponse au traitement.

Durée du traitement

Le traitement par Détensiel est généralement un traitement au long cours.

Posologie chez les patients présentant une insuffisance hépatique et/ou rénale

Aucune adaptation posologique n'est généralement nécessaire chez les patients présentant des troubles de la fonction hépatique ou rénale de sévérité légère à modérée.

Chez les patients atteints d'insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine < 20 ml/min) et chez les patients présentant des troubles sévères de la fonction hépatique, la dose maximale est de 10 mg par jour.

Posologie chez les personnes âgées

***Iper*ten[®] 20 mg, comprimé**

Chlorhydrate de manidipine

P.P.V. 152DH00

Distribué par PROMOPHARM S.A.

..... 20 mg

hydroxypropylcellulose faiblement substituée (L-HPC); hydroxypropyl-
m; riboflavine (E 101).

LISTE DES EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

Informations importantes concernant certains composants d'IPERTEN 20 mg, comprimé

Liste des excipients à effet notoire: lactose monohydraté

FORME PHARMACEUTIQUE ET CONTENU

Ce médicament se présente sous forme de comprimé.

Boîte de 28 comprimés.

CLASSE PHARMACOTHÉRAPEUTIQUE

IPERTEN contient une substance active appelée chlorhydrate de manidipine appartenant à la classe des inhibiteurs calciques qui bloquent l'entrée du calcium au niveau des cellules musculaires lisses des vaisseaux sanguins, provoquant une vasodilatation et ainsi une réduction de la pression sanguine.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

IPERTEN 20 mg, comprimé est destiné à traiter l'hypertension artérielle légère à modérée de l'adulte.

LISTE DES INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT LA PRISE DU MÉDICAMENT

Si vous souffrez d'intolérance à certains types de sucres, contactez votre médecin avant de prendre IPERTEN.

CONTRE-INDICATIONS

Ne prenez jamais IPERTEN 20 mg, comprimé dans les cas suivants:

- Si vous êtes allergique (hypersensible) à la manidipine ou à tout autre produit de la famille des dihydropyridines ou à l'un des excipients du produit;
- Si vous souffrez de problèmes cardiaques, par exemple si vous avez eu un infarctus du myocarde il y a moins de 4 semaines ou si vous souffrez d'angine de poitrine (angor) instable (douleur à la poitrine due à un manque d'oxygénation du cœur), ou d'insuffisance cardiaque non traitée;
- Si vous souffrez de problèmes hépatiques modérés à sévères;
- Si vous souffrez de problèmes rénaux sévères;

IPERTEN ne doit pas être administré chez les enfants et adolescents de moins de 18 ans.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI ; MISES EN GARDE SPÉCIALES

Faites attention avec IPERTEN 20 mg, comprimé: